Z kliniki chorób skórnych i wenerycznych Uniw. Jagiell.

SPRAWOZDANIE
NAUKOWE
Z RUCHU CHORYCH
w tejże klinice
w ciągu roku szkolnego 1883 i 1884.

PODAŁ

Dr. LEON KOPFF
asystent kliniki.

Osobne odbicie z „Przeglądu lekarskiego“.

W KRAKOWIE,
W DRUKARNI UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO,
pod zarządem Ign. Stelcla.
1884.

Z kliniki chorób skórnych i wenerycznych prof. Rosnera.

Sprawozdanie naukowe z ruchu chorych w téjże klinice w ciągu roku szkolnego 1883 i 1884.

Podał Dr. Leon Kopff
asystent kliniki.

Klinika chorób skórnych i wenerycznych ograniczoną była do czerwca r. 1883 do 18 łóżek. Staraniom długoletnim prof. Rosnera udało się pozyskać od Wydziału krajowego dołączenie do téj tak szczupłéj kliniki oddziału rezerwowego, obejmującego 30 łóżek. Ogółem więc klinika rozporządza obecnie miejscem na 48 chorych.

Materyjał kliniczny zatém, jakim mógłby rozporządzać sprawozdawca, z czasów, gdy klinika była ograniczona li tylko do ośmnastu łóżek, w ciągu roku zebrany, był tak małym (wynosił najwyżéj 140 przypadków), że mowy o sprawozdaniu naukowém z ruchu chorych być nie mogło.

Dopiero przyłączenie oddziału rezerwowego, zdwajając liczbę chorych, czyni możliwém opracowanie sprawozdania więcéj szczegółowego.

Zważywszy jednakowoż, że przypadki leczone w klinice chorób skórnych i wenerycznych, są przeważnie przypadkami chorób przewlekłych, wymagających kilkotygodniowego, a nawet kilkomiesięcznego, leczenia, że zatém łóżko zostaje przez chorego zajętém przez czas dłuższy, przeto i materyjał, jakim mogę rozporządzać w niniejszém sprawozdaniu, chociaż zebrany z lat dwóch, nie jest tak wielkim, aby mi mógł zezwolić wejść w szczegóły najdrobniejsze każdego działu chorób w klinice leczonych.

Każdy, ktokolwiek zajmował się opracowaniem sprawozdania naukowego z oddziału szpitalnego, wie bardzo dobrze, jak niepewną jest podstawa, do wytworzenia sobie pewnych danych co do przyczyn, wywołujących chorobę, co do czasu jéj trwania przed przybyciem chorego do zakładu leczniczego, wreszcie co do początkowych objawów. O ileż większe jeszcze trudności napotyka anamneza u chorych, dotkniętych chorobami wenerycznemi i skórnemi. Chorzy, szczególnie mniéj inteligentni, z jakich głównie składa się materyjał szpitala lub kliniki publicznéj, uważają sobie niejako za zadanie wprowadzać lekarza w błąd kłamliwemi podaniami. Dla tego téż wnioski, jakieby można zebrać, co do etyjologii chorób, co do czasu wylęgania się chorób zakaźnych, jakotéż co do początkowych objawów i czasu trwania choroby, są oparte po największéj części na tak niewiarogodnych podaniach, że stałyby się mniéj niż prawdopodobnemi, gdyby się je przyjmowało bez jakiegokolwiek zastrzeżenia i ostrożności.

W drugim rzędzie dokładne sprawozdanie z kliniki naszéj natrafia jeszcze na drugą trudność. Obok kliniki uniwersyteckiéj istnieje oddział szpitalny chorób skórnych i wenerycznych, który stanowi zupełnie odrębną całość. Otóż chorzy leczeni w klinice bardzo rzadko powracają z nawrotami choroby do kliniki, lecz znajdują, porządkiem rzeczy, umieszczenie w oddziale szpitalnym. Odpada nam więc tutaj w znacznéj części sposobność obserwacyi choroby takiéj, jak kiła, która nigdy prawie nie ogranicza się do jednego nawrotu. Podobnie rzecz się ma z niektóremi chorobami skórnemi. Również odpada nam dokładność w spostrzeganiu działania wielu środków leczniczych, polecanych przeciw chorobom skórnym i wenerycznym. Chory bowiem wyleczony z objawów, które go skłoniły do wstąpienia do kliniki, opuszcza jak najprędzéj zakład. Dotknięty nawrotem choroby, wraca do szpitala, lecz dostaje się do oddziału szpitalnego. Wnioskowanie tym sposobem o trwałości wyleczenia pewnym środkiem, jedynie z tego, że chory z nawrotem chorobowym nie powrócił, jest dla nas niedopuszczalném.

Sprawozdanie więc nasze, z powodów wyłuszczonych, musi pominąć wszelkie wnioski etyjologiczne i w ogóle opierające się na wywiadach od chorego. Daléj w wielu razach odpada nam pewność, czy środek jaki ochrania od nawrotu choroby, i na jak długo od niego zabezpiecza chorego.

Dla łatwiejszego przeglądu postanowiliśmy naprzód podać w zestawieniu ruch chorych w ciągu lat objętych sprawozdaniem, następnie zaś przejdziemy kolejno każdy dział chorób objętych zestawieniem, podając to, co obserwacyja kliniczna osiągnąć zdolała.

Zestawienie ruchu chorych.

Leczono na:	W roku 1883.			W roku 1884.		
	Męż.	Kob.	Razem	Męż.	Kob.	Razem
1. *Herpes Zoster*	2	—	2	2	—	2
2. *Eczema*	9	6	15	17	6	23
3. *Acne rosacea*	—	—	—	—	2	2
4. *Psoriasis*	6	3	9	6	7	13
5. *Lichen scrophulosorum*	—	—	—	2	1	3
6. *Prurigo*	3	1	4	4	3	7
7. *Lupus*	5	5	10	8	13	21
8. *Rhinoscleroma*	—	3	3	—	—	—
9. *Xeroderma*	1	—	1	—	—	—
10. *Sarcoma Epididym.*	1	—	1	—	—	—
11. *Scabies*	23	24	47	62	46	108
12. *Favus*	1	—	1	3	1	4
13. *Herpes tonsurans*	4	1	5	3	2	5
14. *Pithyriasis versicolor*	1	—	1	--	1	1
15. *Blenorrhoea urethrae*	16	11	27	46	37	83
16. *Condylomata acuminata*	1	1	2	2	8	10
17. *Cystitis et Pyelitis*	3	—	3	5	1	6
18. *Bartholomeitis*	—	1	1	—	3	3
19. *Paraphymosis ex onania*	2	—	2	2	—	2
20. *Ulcus molle*	10	4	14	32	29	61
21. *Syphilis primaria*	6	1	7	12	14	26
22. *Syphilis secundaria recens*	16	17	33	27	56	83
23. *Syphilis secund. recidiva*	7	9	16	36	32	68
24. *Syphilis tardiva*	8	11	19	12	15	27
Razem	125	98	223	281	277	558

Ogółem więc leczono w roku szkolnym 1883: 125 mężczyzn, 98 kobiet, razem 223 chorych; w roku zaś 1884: 281 mężczyzn i 277 kobiet, razem 558 chorych. Ruch więc chorych w roku 1884 wzmógł się o 156 mężczyzn i 179 kobiet, czyli razem o 325 chorych.—W ciągu lat dwóch zatém leczono 406 mężczyzn i 375 kobiet, czyli razem 781 chorych. Z kolei rzeczy przystępujemy do sprawozdania szczegółowego, dzieląc sobie materyjał na dwa naturalne działy: chorób skórnych i wenerycznych.

I. Choroby skórne.

Choroby skórne w ogóle rzadziéj trafiają się w klinice niż choroby weneryczne. Leczono na nie w r. 1883: mężczyzn 56, kobiet 43, razem 99 chorych, w r. 1884 mężczyzn 107, kobiet 82, razem 189. Ogółem więc w ciągu dwóch lat, objętych niniejszém sprawozdaniem, leczono mężczyzn 163, kobiet 125, czyli razem 288 chorych, nieco więcéj zatém niż jednę trzecią ogólnéj liczby chorych.

W sprawozdaniu naszém nie napotyka się wcale chorób zakaźnych gorączkowych, jak ospy, płonicy, odry, róży, ponieważ chorzy z temi chorobami bywają leczeni częścią w oddziałach chorób wewnętrznych, częścią zaś w szpitalu chorób dziecięcych. Również dla tych samych przyczyn nie spotykamy się z owrzodzeniami, odmrożeniami, zgorzeliną, wąglikiem skóry, jakotéż i oparzeniami, bo choroby te znajdują znów pomieszczenie przeważnie w oddziale chorób chirurgicznych.

Choroby skórne przewlekłe przyjmowano do kliniki o tyle, o ile na to miejsce pozwalało i potrzeba nauki wymagała. Dla tego téż mylnieby ten sądził, ktoby chciał na podstawie niniejszego zestawienia wnosić o częstości pewnéj choroby w naszym kraju. I tak np. strupień woszczynowaty (*Favus*) należy do chorób bardzo między ludem naszym, szczególniéj wyznania starozakonnego, pospolitych. Mimo to w klinice naszéj leczono tylko cztery przypadki téj choroby. Przyczyną tego jest, że choroba ta wymaga nader długiego i starannego leczenia i to już w samych swoich początkach,

a chorzy, czując się zresztą zupełnie na ciele zdrowymi, nie chętnie się takiemu leczeniu poddają. Wiele znów chorób skórnych, nierozwiniętych w wyższym stopniu, leczy się ambulatoryjnie, tak, że zaledwie mała cząstka chorób skórnych, trafiających się między ludem naszym, przychodzi do leczenia w klinice stałéj.

Obecnie przystępujemy do sprawozdania wedle poszczególnych chorób skórnych leczonych w klinice.

1. *Herpes Zoster.* Chorobę tę leczono w ciągu dwóchlecia u czterech mężczyzn, a żadnéj kobiety. We wszystkich czterech przypadkach mieliśmy do czynienia z formą najczęstszą, tj. z *Zoster dorsopectoralis.* Pacyjenci nasi mieli między 26 a 32 lat. Charakterystyczném jest tutaj tylko to, że wszystkie cztery przypadki przypadały w czasie rozpoczynającéj się wiosny, tj. wtedy, gdy zwykle najwięcéj pojawiało się chorób powstających skutkiem wpływu zmiennéj ciepłoty i stosunków atmosferycznych. W jednym przypadku chory (Węgier) podawał za przyczynę wprost znużenie długą podróżą pieszą, w czasie któréj mocno przeziąbł i przemókł. Czas leczenia w klinice wynosił średnio 5½ dnia. Chorzy zwykle, skoro tylko ból się zmniejszył, żądali wypuszczenia z zakładu.

Leczenie ograniczało się do posypowania miejsc chorych pudrem, okrywania ich watą, dla ochronienia ich od tarcia sukien, a w razie silnych nerwowych bólów do podskórnego zastrzykiwania morfinu.

2. *Eczema.* Wyprysk należy do chorób skórnych najczęściéj w klinice leczonych. W ciągu dwóch lat leczono 26 mężczyzn i 12 kobiet, razem 38 chorych, tj. ósmą część wszystkich chorób skórnych. Czas trwania leczenia wynosił średnio 26 dni.

Co do wieku i płci chorych, to nie spostrzeżono nic szczególniejszego. Naturalnie częściéj napotykano wyprysk u mężczyzn niż u kobiet, częściéj znów u mężczyzn w sile wieku, niż u dzieci i starców, a to z przyczyny, że pierwsi więcéj są narażeni na szkodliwości wyprysk wywołujące. Najczę-

ściej napotykano wyprysk u osób nędznie odżywionych, niedokrewnych, z usposobieniem zołzowém, znamionującém się obrzmieniem gruczołów limfatycznych, często owrzodzeniami zołzowemi skóry lub téż nawet zmianami skrofulicznemi w układzie kostnym. W jednym przypadku obok wyprysku na głowie znaleziono drobne guziczki pierzchaicy zołzowéj (*Lichen scrophulosorum*) na odnogach górnych i tu i owdzie na tułowiu. Często anamneza wykazywała za powód wyprysku mieszkanie wilgotne, dalej niestósowne leczenie różnych chorób skórnych (szczególniéj świerzbu), działanie różnych środków żrących, do rękodzieł używanych. U kobiet najczęściéj napotykano wyprysk u kucharek, a następnie u praczek. — Wyprysk przewlekły, uporczywy, zajmujący większą część powierzchni ciała, chodził zazwyczaj w parze z nieżytami przewlekłemi kiszek i żołądka. Wyprysk odnóg dolnych towarzyszył dość często rozszerzeniom żył podudzia.

Z 38 przypadków spostrzeganych w klinice przypada na *Eczema capillitii* 6 przypadków, na *E. faciei* 2 przypadki, na *E. capillitii et faciei* 1 przypadek, na *E. faciei, colli et thoracis* 4 przypadki, na *E. extremitatum superiorum* 3 przypadki, na *E. thoracis et extremitat. super.* 1 przypadek, na *E. extremitatum inferiorum* 7 przypadków, na *E. dorsi, thoracis et abdominis* 3 przypadki, na *E. extremitatum inferiorum et capitis* 5 przypadków, na *E. scroti* 4 przypadki, na *E. labiorum pudend. majorum* 2 przypadki.

W większéj części przypadków napotykaliśmy *E. squammosum* i *E. madidans*. Następnie co do częstości występowały według porządku *E. impetiginosum* (głównie na twarzy), *E. vesiculosum* i *E. papulosum*. Prócz postaci czystych często spotykano kombinacyje dwóch, trzech lub kilku powyżéj wymienionych postaci wyprysku, na różnych częściach skóry, dotkniętéj zmianami chorobowemi.

Na osobną wzmiankę zasługuje wyprysk przewlekły worka mosznowego i międzykrocza, znany z uporczywości swojéj. Leczono go cztery przypadki. Przyczyny w trzech przypadkach chorzy nie umieli podać. Byłyto przypadki bardzo zastarzałe. W jednym choroba trwała już od 20 lat.

Chorzy leczyli się w różnych szpitalach krajowych i zagranicznych, ale prócz chwilowéj ulgi, nigdzie nie odzyskali zupełnego zdrowia. W czwartym przypadku przyczyną wyprysku było zbyt długie noszenie przylepca rtęciowego na mosznach. Pacyjent, 20-letni izraelita z Krakowa, radził się w jednym z szpitali wiedeńskich na stwardnienie przyjądrza po zapaleniu rzeżączkowém. Zapisano mu *emplastrum mercuriale*. Chory nosił ten plaster przez 9 tygodni, nie radząc się już więcéj; aż dopiero gdy dostał wyprysku przybył do kliniki. U chorego tego wyprysk jeszcze świeży, dał się usunąć zwykłém leczeniem w ciągu dni 16.

U trzech innych chorych leczenie szło i u nas z wielkim oporem. Najlepiéj skutkowało mydło zielone nakładane przez kilka dni bez zmywania na naciekłą skórę moszen. Skoro pod działaniem mydła usunięto łuski i zgrubienie skóry, używano dziegciu z oliwą (*āā)* lub nalewki dziegciowéj z wyskokiem i lotnikiem (*Rp. Olei rusci, Spirit. vin. rect. Aether. sulfur. āā)*, czém chory pędzlował moszna dwa razy dziennie. Przy takiém leczeniu nieznośny swiąd szybko ustępował. Do zupełnego jednak wyleczenia w żadnym przypadku nie doprowadziliśmy. W jednym przypadku używaliśmy maści chrysorabinowéj (*Rp. Acidi chrysophanici* 4.00, *Ung. simplicis* 40.00). Wynik leczniczy jednak nie był zadowalający, tak, że powróciliśmy do zwykłego leczenia powyżéj opisanego.

Leczenie w innych przypadkach wyprysku stósowaliśmy według rodzaju, przyczyny i rozległości choroby. W przypadkach wyprysku ostrego pęcherzykowego lub krostkowego najczęściéj ograniczaliśmy leczenie do okładów z *Aq. saturnina* lub 1% rozczynu *Acetatis Plumbi* i posypywanie pudrem, złożonym z *Amylum triticum, Plv. talci veneti et zinci oxydati*, lub téż *Plv. plumosi c. zinco oxydato et acido salicylico*. W razie jednak, gdy swiąd nie dawał choremu ani chwili spokoju, a wyprysk długo trwał, parorazowe zapędzlowanie *cum Tinctura rusci aetherea* usuwało nieznośne swędzenie. W przypadkach *Eczema impetiginosum* używaliśmy szczególniéj na twarzy i w ogóle na miejscach delikatną

skórą pokrytych, maści zynkowéj z bismutem (*Zinci oxydat*[i] 2,00, *Bismuti subnitrici āā* 4.00, *Ung. emollientis* 16.00). Maść ta zwykle w ciągu kilku dni zupełnie usuwała strupy i naciek. W przypadkach wyprysku przyostrego i przewlekłego staraliśmy się zmywaniami mydłem zieloném (na miejscach grubszą skórą pokrytych), i za pomocą dwa razy dziennie zmienianéj maści Hebry (*Rp. Emplastri diachyl. simplic. Olei olivarum āā part. aequal.*, lub według Kaposiego *Rp. Emplastri diachyl. simplicis, Vaselini āā* 100.00, *Olei bergamott.* 1·50) rozmiękczyć skórę, a następnie po ustąpieniu sączenia przechodziliśmy do dziegciu stósując go najprzód na wpół z oliwą lub tranem, następnie używając silniejszéj nalewki dziegciowéj z wyskokiem i eterem, potém dziegieć na pół z wyskokiem, w końcu czystego dziegciu. Leczenie to zwykle dawało nam wyniki najlepsze i najszybsze.

W jedynastu przypadkach wyprysku chronicznego używaliśmy polecanéj przez Picka gelatyny salicylowéj (*Rp. Gelatini albi, Aq. destillatae āā* 100.00, *solve leni calore dein adde Acidi salicylici* 5.00—10.00, *misce exactiss.*). Sposób ten leczenia wcale nas nie zadowolił. Najprzód jest on, w porównaniu ze sposobem poprzednim, znacznie droższy, powtóre wymaga o wiele więcéj zachodu, choremu zaś sprawia wiele przykrości. Jeżeli naprzykład wyprysk znajdzie się na odnogach, to po zaschnięciu gelatyny, chory nie może poruszać odnogi w stawach, choćbyśmy nawet użyli dla rozmiękczenia gelatyny gliceryny lub wazeliny. Przytém gelatyna łatwo pęka i często sprowadza i pęknięcia dość głębokie naciekłéj skóry. Wynik zaś leczniczy wcale nie mógł iść w porównanie z wynikiem, jaki otrzymywano przy użyciu dziegciu.

Również porzuciliśmy w wypryskach użycie przylepca salicylowego, polecanego przez Picka, zamiast maści Hebry (*Rp. Emplastri saponati* 100.00 *solve leni calove, dein adde Acidi salicylici* 4.00—10.00, *Misce exact. Da in charta cerata).* Plastru tego używaliśmy zaś w przypadkach powierzchownych owrzodzeń, które chcieliśmy osłonić od wpływów atmosferycznych i szkodliwości zewnętrznych. W tych przypadkach oddawał on nam wyśmienite usługi.

3. *Acne rosacea.* Choroby téj leczono w ubiegłym roku dwa przypadki, obydwa u kobiet. W obydwu przypadkach trądzik obrał sobie za siedlisko nos, i dla tego był przyczyną przybycia obydwóch niewiast do kliniki stałéj. Jaka była przyczyna téj choroby, w naszych przypadkach trudno nam podać.

W leczeniu używaliśmy pasty siarkowéj (*Rp. Lactis sulfuris, Glycerini, Spirit. saponat. Kali carbonici āā* 10.00). Osad z tego leku nakładało się pędzelkiem dwa razy na nos chory. Skoro zeszły guzki i krostki, jakotéż zaczął powstawać wyprysk, przechodziliśmy do maści zynkowo ołowianéj (*Rp. Zinci oxydati* 2.00, *Ung. cerussae* 16.00). Pacyjentki obiedwie opuściły zakład wyleczone i jak dotąd z nawrotem choroby nie powróciły.

4. *Psoriasis.* W ciągu ostatnich dwóch lat leczono na łuszczycę 12 mężczyzn i 10 kobiet, razem 22 chorych. Rozkład zatém co do płci był zupełnie jednakowym, jeżeli uwzględnimy, że w ogóle kobiet na choroby skórne mniéj leczono. Najczęściéj przychodziły do leczenia przypadki w wieku między 30 a 50 lat. Chociaż i po za temi granicami stosunkowo nierzadką była łuszczyca.

Najmłodsza z naszych chorych była dziewczynka (*cum psoriasi punctata extremitatum sup. et inf.*) 12-letnia, najstarszym zaś mężczyzna 72-letni, u którego łuszczyca trwać miała od 18 lat, była rozlaną po całém ciele, i skutkiem złuszczenia przyskórka na całéj przestrzeni miała pozór łupieży czerwonéj (*Pithyriasis rubra*). W przypadku tym skóra była cienką, ciemno zabarwioną, szklącą, łatwo rozpadającą się, i tworzącą owrzodzenia, szczególniéj w miejscach o ściślejszym związku między skórą a kością.

Pod względem przyczyny wywiady do żadnego wniosku nie doprowadzały. Wypytywania się chorych, czy ktoś z rodziców lub bliższéj rodziny nie cierpi na tę samą chorobę, wykazały tylko w jednym przypadku, u kobiety 24-letniéj, że matka cierpiała również na tę chorobę. W dwóch przypadkach mieliśmy sposobność widzieć dzieci dwóch kobiet (izraelitek) u nas leczonych, ale dzieci te, co prawda

jeszcze bardzo małe, nie okazywały żadnych śladów rozpoczynającéj się łuszczycy.

Wszyscy pacyjenci nasi byli zupełnie zdrowi na ciele, dobrze zbudowani, silni, nie okazywali w narządach wewnętrznych zmian żadnych. Wyjątek stanowił wyżéj już wspomniany, starzec 72-letni, niemiec, kelner, u którego trawienie było osłabione, a w czasie pobytu w klinice rozwinęło się zapalenie stawu skokowego lewego.

Czas leczenia wynosił w powyższych 22 przypadkach średnio 40.3 dnia. Leczenie nie ograniczało się tylko do zewnętrznego stósowania leków różnych, ale także podawano wewnętrznie arsen. Lek ten, którego skuteczność w téj chorobie zaprzeczoną być nie może, podawano w postaci *Sol. arsenicalis Fowleri*. Zazwyczaj rozpoczynano od sześciu kropli na dzień i dochodzono, zwiększając po jednéj kropli codziennie, do piętnastu. Od piętnastu zwiększano dawkę co drugi dzień o jednę kroplę, a chory dzielił sobie całą ilość na dwie części, z których jédnę zażywał przed obiadem, a drugą przed wieczerzą. Tym sposobem dochodziliśmy u kobiet do 30, u mężczyzn do 35 i 40 kropli na dzień (tj. do 0.035 kwasu arsenawego dziennie w dwóch dawkach). Chorzy znosili ilość tę arsenu znakomicie, i nigdy, nawet po dłuższém używaniu, nie występowały objawy zatrucia. Począwszy od 40 kropli zmniejszaliśmy znów dawkę o jednę kroplę dziennie. Jako *corrigens* dawaliśmy albo wodę miętową lub najczęściéj *Tra. amara*, lub *Tra. ferri pomati*.

Kwas chrysofanowy stósowaliśmy wpostaci maści (*Rp.* (*Chrysorabini* 5.00 *Ung. emollientis* 50.00), lub z gelatyną, podobnie jak to opisano przy leczeniu wyprysku kwasem salicylowym (*Rp. Gelatinae albae Aq. destillatae āā* 50.00, *Acidi chrysorabini* 6.00, *solv. leni calore, misce exactissime*) lub wreszcie w roczczynie traumatycyny (roczczyn gutaperki i chrysorabiny w chloroformie). Co do maści chrysorabinowéj, to wynik leczniczy był zupełnie zadowalającym. Nacieki łuszczycowe ze skóry szybko ustępowały, pozostawiając na czas dłuższy, szczególniéj na miejscach delikatniejszą skórą okrytych, plamy fijoletowe. Leczenie jednak to ma i strony

bardzo ujemne. Do tych należy drogość przetworu, daléj już wspomniane fijoletowe, długo się utrzymujące zabarwienie skóry, które chorych bardzo szpeci, po trzecie drażniące w wysokim stopniu działanie chryzorabiny na skórę i błony śluzowe, wreszcie niszczenie bielizny, z któréj plam chryzorabiną wywołanych już więcéj praniem usunąć nie można. Często nam się téż wydarzało, że chorzy przez nieostrożność lub we śnie, przetarłszy oczy palcami maścią powalanemi, wywoływali mocne zapalenie spojówek. Na skórze zaś twarzy, głowie i częściach rodnych już parorazowe natarcie maścią chryzorabinową sprawiało silne zapalenie i obrzmienie. Z tych więc powodów zaniechaliśmy obecnie maści chryzorabinowéj, powracając do dawnéj metody, również skutecznéj, choć nieco wolniéj działającéj, tj. do użycia dziegciu. Maść chryzorabinową stósować najlepiéj w ten sposób, że w miejsca zmianą łuszczycową dotknięte, wciera się ją pędzlem szczecinowym. Kąpieli należy w ogóle w czasie leczenia tego jak najmniéj używać.

O wiele gorsze wyniki lecznicze mieliśmy po użyciu gelatyny chryzorabinowéj. Gelatyna ta skutkowała o wiele gorzéj i wolniéj, a ze stósowaniem jéj jest znacznie więcéj zachodu, niż z maścią. Przytém gelatyna chryzorabinowa jest jeszcze droższą niż maść.

Chryzorabina w rozczynie traumatycyny (*Rp. Chrysorabini* 10.00, *Traumaticini* 100.00) działa podobnie jak maść chryzorabinowa, nieco jednak wolniéj. Zaletą téj metody jest, że chryzorabina działa mniéj drażniąco na skórę, trzyma się jéj dłużéj niż w postaci maści, bielizny nie wala i nie tak łatwo dostaje się do oczu. Za to cena wysoka tego środka [1]) nie wyrównywa jego zaletom, szczególniéj w praktyce szpitalnéj i praktyce ubogich.

Również dobrze jak chrysorabina działała energicznie używana maść pyrogalusowa (*Rp. Acidi pyrogallici* 6—12.00 *Ung. simplicis* 100.00). Maść ta jednak na większe przestrzenie stósowana łatwo wywoływała zatrucia. Podobnie

[1]) Dawka chryzorabiny z traumatycyną według powyżéj podanéj formy kosztuje 7 fl. 80 kr.

jak maści używano z dobrym wynikiem nalewki wyskokowéj kwasu pyrogalusowego szczególniéj w przypadkach *psoriasis punctata.* Mniéj świetne lecznicze wyniki mieliśmy i tutaj z użycia gelatyny pyrogalusowéj.

5. *Lichen scrophulosorum.* Na chorobę tę leczono w ostatnim roku dwóch mężczyzn i jednę kobietę, razem trzech chorych. U dwóch mężczyzn, z których jeden liczył 17, drugi 23 lat, była cała powierzchnia ciała obsiana drobnemi guzkami, pomięszanemi tu i owdzie, szczególniéj na miejscach słabo włosami okrytych, z krostkami i guziczkami zwykłego trądziku. U obydwóch chorych objawy zołzów były wybitnie rozwinięte. Gruczoły karkowe i podszczękowe mocno obrzmiałe, u jednego z nich ropiejące. Pryszczykowe zapalenie spojówek. U kobiety 25 letniéj guziczki znajdowały się nader nielicznie na podudziach, wewnętrznéj stronie ud i na odnogach górnych. Obraz zołzów i tutaj był bardzo rozwinięty. Gruczoły karkowe i podszczękowe mocno obrzmiałe, niektóre ropiejące. Pod pachami obrzmienie ich również wybitne. Pod pachą prawą, skutkiem zropienia jednego gruczołu, głęboki wrzód. Podobnież powierzchowne wrzody zołzowe na nodze lewéj, na piersiach i plecach.

Leczenie ograniczało się do stósowania tranu z jodem obok żelaza wewnętrznie, tranu zaś samego zewnętrznie. Chorzy opuścili klinikę wyleczeni zupełnie.

6. *Prurigo.* Na świerzbiączkę leczono siedmiu mężczyzn i cztery kobiety, razem 11 chorych. Chorzy nasi byli wszyscy w wieku między 15 a 40 lat. O przyczynie téj zagadkowéj a uporczywéj choroby nic nie możemy na podstawie wywiadów powiedzieć. Chorzy nasi byli mniéj lub więcéj niedokrewni, zresztą zdrowi. Jedynie tylko świerzbiączka zatruwała im życie.

Żadnego przypadku z powyższych jedenastu nie udało nam się stale wyleczyć. Jedynie tylko w kilku przypadkach świerzbiączki u dzieci niżéj lat pięciu, ambulatoryjnie leczonych, po stósowaniu środków zewnętrznych i wewnętrznych udało nam się zapobiedz nawrotom téj uporczywéj choroby skórnéj.

Leczenie było przeważnie zewnętrzne, a w kilku przypadkach i wewnętrzne. Zwykle używaliśmy w przypadkach więcéj suchéj świerzbiączki maści Wilkinsona *(Rp. Lactis sulfuris, Olei cadini āā 50.00, Axung. porcin. Sapon. viridis āā 100.00)*. Po 8—12 natarciach chory szedł do kąpieli, i na czas kilkotygodniowy, czasem kilkomiesięczny, był wyleczony. W przypadkach, gdzie na skórze było dużo strupów i króst, polecaliśmy kąpiele codzienne ciepłe, przez jednę do półtoréj godziny trwające, z dodatkiem do każdéj po 500 grm. *Natri carbonici crudi.* Zazwyczaj 15 takich kąpieli usuwało na jakiś czas swędzenie. Wewnętrznie podawaliśmy w paru przypadkach kwas karbolowy w pigułkach.

7. *Lupus.* W klinice stałéj leczono tylko przypadki tocznia zwykłego *(lupus vulgaris)*. Ogółem leczono 31 osób, t. j. 13 mężczyzn i 18 kobiet. Czas leczenia wynosił średnio 47,2 dnia.

Z przypadków tych przypada 16 na *Lupus nasi et labii superioris oris*, 7 na *L. faciei*, 1 na *L. colli, cervicis, auriculi et brachii dextri*, 4 na *L. extremitatum*, 3 na *L. regionis glutaei.* Te trzy ostatnie przypadki dotyczą wyłącznie kobiet. W dwóch przypadkach tocznia nosa i twarzy znaleziono guziczki na błonie śluzowéj podniebienia twardego, w jednym zaś przypadku dość znaczne zniszczenie na podniebieniu twardém, miękkiém, migdałkach i tylnéj ścianie gardziela.

Wiek chorych był różny. Najczęściéj napotykaliśmy chorych w wieku od 16 do 25 lat.

O przyczynie wywołującéj bezpośrednio liszaja żrącego chorzy nie wiele podać umieli. Zazwyczaj przypisywali oni powstanie pierwszych guzków uderzeniu lub zranieniu. Aby choroba ta była dziedziczną, lub aby więcéj członków rodziny na nią cierpiało, nie udało nam się ani razu stwierdzić.

Większa część chorych była skrofuliczną. Objawiało się to obrzmieniem gruczołów, nietylko w okolicy części liszajem zajętéj, daléj dość często nieżytami pryszczykowemi spojówek, przerostem migdałków, a niekiedy i owrzodzeniami zołzowemi skóry. W przypadkach jednak niektórych nie mo-

gliśmy żadną miarą stwierdzić najmniejszych śladów zołzów, ani z wywiadów o przebytych zołzach nic się nam dowiedzieć nie udało. Ludzie ci byli zdrowi zupełnie. Apetyt mieli doskonały, trawili dobrze. W narządach wewnętrznych nie znajdowaliśmy zmian żadnych. W płucach w żadnym przypadku nie znaleziono jakichkolwiek zmian, choćby nawet lekkiego nieżytu w szczytach płuc. Podnoszę to dla tego, że przy obecnéj dążności, aby uważać toczeń za sprawę identyczną z gruźlicą miejscową, obserwacyja kliniczna ma wielkie znaczenie. Bardzo sprzecznem nam się zawsze wydawało przypuszczenie gruźlicy, niekiedy na bardzo rozległéj przestrzeni skóry, wobec doskonałego wyglądania chorych. Tém bardziéj jeszcze nie jasnym jest przebieg tocznia na błonie śluzowéj jamy ust. Wszak wobec panującéj teoryi zaraźliwości gruźlicy, gdyby sprawa nasza nowotworowa była sprawą zupełnie identyczną z gruźlicą, musiałoby przyjść choć kiedykolwiek do samozarażenia i do powstania gruźlicy płuc lub przewodu pokarmowego. Tymczasem w przypadkach przez nas spostrzeganych nie miało to ani razu miejsca. Zresztą, jakże różnym jest przebieg gruźlicy właściwéj na skórze i na błonie śluzowéj ust lub gardła, a tocznia! W jednym przypadku widzieliśmy samoistne wyleczenie z tocznia błony śluzowéj podniebienia twardego i miękkiego, z pozostawieniem tylko promienistéj blizny. Trudno byłoby wytłumaczyć coś podobnego, gdybyśmy przypuścili zupełną identyczność gruźlicy a tocznia zwykłego. Podnosimy to dla tego, że wobec tożsamości lasecznika gruźlicy a toczenia z kilku stron stwierdzonych, należałoby przypuszczać, że i przebieg kliniczny obu chorób będzie przynajmniéj zbliżonym.

Za najskuteczniejsze leczenie uważaliśmy zniszczenie i wydalenie guzków nowotworowych [1]). W tym celu posługiwaliśmy się zwykle wyskrobaniem łyżeczką ostrą, a następnie zniszczeniem za pomocą azotanu srebrowego lub potasu żrącego drobniejszych guzków. Po operacyi téj nigdy nie mieliśmy złych następstw. Tém mniéj zdarzyło nam się

[1]) Idziemy tu za zdaniem większéj części anatomów patologicznych i dermatologów i uważamy toczeń za sprawę nowotworową.

kiedykolwiek spostrzedz samozarażenie chorego sprawą gruźliczą. W dalszém leczeniu rany powstałéj posługiwaliśmy się ku zupełnemu zadowoleniu 10% maścią jodoformową (*Rp. Jodoformii* 5,00, *Ung. simplicis* 50,00).

W przypadkach, w których dla rozległéj przestrzeni, zajętéj toczniem lub ze względu na umiejscowienie się jego, nie było można przystąpić do wyłyżeczkowania lub zniszczenia chemicznego, posługiwaliśmy się albo samą maścią jodoformową lub téż przylepcem rtęciowym (*Rp. Emplastri mercurial. Emplastr. sapon. āā*). Wewnętrznie podawaliśmy w przypadkach, w ktorych mieliśmy podstawę do przypuszczenia zołzów, tran z jodem (*Rp. Olei jecoris aselli* 200,00, *Iodi puri* 0,15—0,20, *Kalii jodati q. s. ad sol. Jodi S.* Rano i wieczór łyżkę stołową). W przypadkach innych bez podstawy zołzowéj podawaliśmy *Solutio arsenicalis Fowleri* z *Tra malatis ferri āā part. aeq.* po 15 do 20 kropli dziennie.

8. *Rhinoscleroma.* Rzadkiéj téj choroby spostrzegano w klinice trzy przypadki, wszystkie trzy u kobiet. Jeden z nich najciekawszy przedstawionym był przez prof. Rosnera na posiedzeniu Tow. lek. krak i opisany w sprawozdaniu z tegoż posiedzenia (Przegląd Lekarski, 1883, Nr. 6). Pierwszy opisał tę chorobę w r. 1870 Hebra. Tak on, jak Kaposi, Weinlechner, Pitha i Hofmokl uważali ją za objaw kiły, szczególniéj kiły dziedzicznéj. Inni zaś jak Mikulicz, którego zdanie potwierdził i prof. Rosner, są zdania, że choroba ta powstaje zwykle z przyczyny zewnętrznéj, wywołującéj zapalenie chroniczne. Energiczne kauteryzowanie *cum Kali caustico* usunęło złe we wszystkich przypadkach, na jak długo jednak, tego nie mieliśmy sposobności stwierdzić. Znając atoli uporczywość téj choroby, przypuszczamy, że wcześniéj lub późniéj nawrót jéj nastąpić musi.

9. *Scabies.* Na chorobę tę leczono przeważną część przypadków chorób skórnych. W ciągu dwóch lat leczono na świerzb mężczyzn 85, kobiet 70, ogółem chorych 155, czyli więcéj niż połowę wszystkich przypadków skórnych. Najczęściéj leczono w ten sposób, że chorego, przedtém do-

brze okąpanego, nacierano mocno na całém ciele maścią Wilkinsona (*Rp. Lactis sulfuris, Olei cadini āā* 50,00, *Saponis viridis, Adipis suill. āā* 100,00 *f. ung.*). Nacieranie to powtarzano przez cztery lub pięć dni z rzędu raz na dzień, poczém chory szedł znów do kąpieli i przywdziawszy czystą bieliznę, opuszczał szpital. Podobnie stosowano *Solutio Vlemingkx*. Chorzy nigdy po tém leczeniu nie doznali nawrotu choroby. Leczenie trwało wprawdzie cztery do pięciu dni, dałoby się jednak skrócić o połowę, gdybyśmy chorego dwa lub trzy razy dziennie nacierali. Takie jednak energiczne nacieranie sprowadza często ostry wyprysk, który potém bez potrzeby przedłuża znacznie leczenie chorego w szpitalu.

W 28 przypadkach stosowano według Kaposiego maść naftalową (*Rp. Naphtholi* β 15.00, *Axung. porci* 100,00, *Saponis viridis* 50,00, *Cretae albae pulv.* 10.00 *f. ung.*) Wynik jednak tego leczenia wcale nie był zadowalającym. Co prawda chorzy w ciągu dwóch najwyżéj trzech dni opuszczali szpital wyleczeni, po dwóch jednak lub trzech tygodniach zawsze powracali. Nawet cztero- i pięcio-razowe natarcia maścią naftalową nie zdołały zniszczyć świerzba a tylko wywoływały reakcyję skóry w postaci nacieków, podobnych do drobnych czeraków. Pochwały, jakie Kaposi oddaje maści naftalowéj, tłumaczymy sobie tém, że w Wiedniu wobec kilku szpitali chorzy z nawrotami choroby nie wracali po dwóch lub trzech tygodniach do tego samego oddziału, gdzie leczeni byli, a w innych uważani byli za powtórnie zarażonych.

10. *Favus.* Strupień woszczynowaty należy do chorób dość między naszą ludnością, szczególniéj starozakonną, rozpowszechnionych. W klinice naszéj jednak leczono na tę chorobę tylko pięciu chorych, mianowicie czterech mężczyzn i jednę kobietę. O przyczynie tego niestosunku wspomnieliśmy we wstępie.

Leczenie polegało na usunięciu strupów napuszczaniem olejku karbolowego 1% i zmywaniu głowy mydłem szarém. Następnie używano jakiegokolwiek środka gubiącego grzybki (*Achorion Schoenleinii*), najczęściéj i z najlepszym sku-

tkiem 5% rozczynu wyskokowego kwasu salicylowego. Postępowanie przytém było następujące: Choremu wyrywano włosy szczypczykami epilacyjnemi, zmywano dwa razy dziennie głowę wyskokiem mydlanym, a następnie nacierano mocno całą skórę głowy wyskokiem salicylowym. Nadto w przypadkach cięższych wcierano w południe pomadę salicylową (*Rp. Acidi salicylici* 5,00, *Ung. emollientis* 50,00, *Olei bergamotti, Olei caryophyll. āā*0,50 *f. ung.*). Po takiém leczeniu chorzy opuszczali zwykle zakład po kilkotygodniowym pobycie, na jakiś czas wyleczeni. Nie wątpimy jednak, że gdyby mieli cierpliwość pozostać w leczeniu kilka miesięcy, to jest przez czas potrzebny do zupełnego wygubienia grzybka i zarodników jego w cebulkach włosowych, wyleczeni byliby zupełnie i stale.

11. *Herpes tonsurans.* Choroby téj grzybkowéj leczono przypadków dziesięć, mianowicie siedmiu mężczyzn i kobiet trzy. Czas leczenia wynosił średnio dziesięć dni. Siedliskiem choroby bywały różne części skóry. Na 10 przypadków 6 razy znajdował się liszaj wyłyszający na skórze szyi, piersi i odnóg górnych, trzy razy na głowie, a raz na odnogach dolnych. Najczęstszą przyczyną było wilgotne mieszkanie. W jednym przypadku według wszelkiego prawdopodobieństwa choroba została przeniesioną z konia za pomocą derki, służącéj zarówno zwierzęciu w dzień, a człowiekowi w nocy, za okrycie.

Leczenie polegało na użyciu środków grzybki niszczących, jak rozczyn sublimatu, kwasu pyrogalusowego, kwasu salicylowego itd. W jednym przypadku rozległych ognisk liszaja wyłyszającego na całéj skórze górnéj połowy ciała, stosowano dla próby na różnych miejscach równocześnie *Tinct. alcoholica acidi pyrogallici* (6%), rozczynu kwasu salicylowego w wyskoku (5%), maści z kwasu pyrogalusowego (5—8%), rozczynu wyskokowego sublimatu (½%) i *Tinct. aether. olei rusci.* Najszybciéj ustąpiły zmiany z miejsc leczonych maścią pyrogalusową, a następnie z miejsc, na które stosowano sublimat.

12. *Pithyriasis versicolor.* Chorobę tę tak częstą a nieszkodliwą skóry leczono u jednego mężczyzny i jednéj kobiety. W obydwóch przypadkach prawie cała skóra była zajęta ogniskami grzybkowemi.

Leczenie polegało na wcieraniu przez dni parę mydła zielonego, które się zostawiało na grubość paru milimetrów. Skoro przyskórek, będący siedliskiem grzybka, zaczął się dobrze złuszczać, chory szedł do kąpieli i wyleczony opuszczał zakład.

II. Choroby weneryczne.

Na choroby weneryczne leczono w ciągu dwóch lat ogółem 491 osób, a mianowicie 241 mężczyzn, a 250 kobiet. Z liczby téj przypada najwięcéj na kiłę, a następnie na rzeżączkę.

1. *Blenorrhoea.* Na rzeżączkę leczono 110 osób: 62 mężczyzn i 48 kobiet. Czas leczenia u mężczyzn wynosił średnio 14, u kobiet 14½ dnia. Nie mogąc polegać na zeznaniach naszych chorych, nie jesteśmy w stanie nic powiedzieć o czasie wylęgania się choroby. Powikłania wystąpiły u 43 chorych. Z tego przypada 26 przypadków na zapalenia przyjądrza i powrózka nasiennego u mężczyzn, jeden przypadek na ropienie gruczołów pachwinowych, pięć przypadków na zapalenie stawów i cztery przypadki na zapalenie gruczołów Bartholiniego. O zapaleniu pęcherza i miedniczek nerkowych, jako powikłaniach rzeżączki, powiemy osobno poniżéj.

Zapalenie przyjądrza występowało zwykle najwcześniéj w drugim tygodniu trwania rzeżączki. Wydarzało się także nierzadko w przebiegu rzeżączki, trwającéj już od kilku tygodni a nawet miesięcy, i mającéj charakter rzeżączki kataralnéj. W takich razach zapalenie przyjądrza występowało nie tak ostro i przebieg jego był o wiele łagodniejszym. Z 26 spostrzeganych przypadków tego powikłania przypada 12 na zapalenie przyjądrza prawego, 7 przyjądrza lewego, 3 obu przyjądrzy, a 4 przypadki na zapalenie przyjądrza i powrózka nasiennego.

W jednym przypadku wystąpiło zapalenie obustronne gruczołów pachwinowych w przebiegu rzeżączki chronicznéj, już od pół roku trwającéj. Chory przypisywał to powikłanie marszom forsownym, które w ostatnich tygodniach przed przybyciem do kliniki odbywać musiał. Gruczoły po obu stronach przeszły w ropienie. Ropnie otworzono i badano ropę z nich pod drobnowidem. Gonokoków nie dostrzeżono. W wydzielinie zaś z cewki przeważnie śluzowéj i wcale miernéj, można było jeszcze znaleźć, choć bardzo nielicznie, jednak zawsze tu i owdzie wyraźne gonokoki Neissera.

Z 5 przypadków gośćca stawowego przypada 4 na mężczyzn, 1 na kobietę z zapaleniem rzeżączkowém pochwy i cewki moczowéj. U mężczyzn w jednym przypadku zajętym był wyłącznie staw kolanowy, w dwóch wyłącznie jeden ze stawów skokowych, w jednym przypadku zaś staw skokowy i kolanowy po stronie lewéj. U kobiety zajętym był tylko staw skokowy.

U mężczyzn rzeżączka miała charakter chroniczny, nieżytowy, długotrwały. Wydzielina była bardzo mierną. U kobiety rzeżączka pochwy i cewki, chociaż trwająca już od trzech tygodni, była przyostrą.

Wszyscy chorzy nasi byli w wieku między 24 a 30 lat.

Zapalenie stawów w naszych przypadkach niczém się nie różniło od zapalenia stawów zwykłego (*Polyarthritis acuta*) o przebiegu łagodnym i bezgorączkowym. We wszystkich pięciu przypadkach wystąpiło ono w porze, w któréj zwykle najwięcéj gościec panuje, to jest na wiosnę i w jesieni. Leczenie rzeżączki i jéj przebieg nie miały najmniejszego wpływu na sprawę zapalną stawów. Zapalenie ustępowało przy stosowaniu zewnętrzném nalewki jodowéj lub pryszczydła i przy podawaniu wewnętrzném kwasu salicylowego, chociaż rzeżączka daléj uporczywie trwała. Mimo to być może, że prawdopodobnie zachodzić musi pewien związek między rzeżączką a zapaleniem stawów. Nie chcemy tutaj rozstrzygać, jakiego rodzaju jest ten związek. Za bezpośrednią zależnością jednéj choroby od drugiéj, przemawiałoby odkrycie Bockardta, który wykazał w naczy-

niach limfatycznych i krwionośnych gonokoki Neissera. Rozstrzygającém byłoby tutaj bezwątpienia wykazanie gonokoków w cieczy zapalnéj, surowiczéj, w stawach nagromadzonéj. Nie przedsiębraliśmy jednak podobnych doświadczeń, uważając wypuszczenie cieczy z torebki stawowéj za połączone ze zbyt wielkiém niebezpieczeństwem dla chorego. Neisser we Wrocławiu zaś badał ciecz tę w dwóch przypadkach zapalenia stawów rzeżączkowego, w obydwóch jednak nie udało mu się wykryć gonokoków.

Leczenie rzeżączki zależném było od natężenia zapalenia i od okresów jego, w których chorzy do kliniki przybywali. W ogóle w sprawozdaniu z leczenia możemy rozróżnić trzy główne działy.

I tak: w przypadkach, z wybitnemi objawami zapalnemi, z cieczą wypływającą z cewki moczowéj, ropną, nawet z domieszką krwi, z błoną śluzową mocno obrzmiałą, często bolesną, ograniczano się do leczenia ściśle przeciwzapalnego. Polecano więc choremu spokój w łóżku, dyjetę często mleczną, a wewnętrznie *„ut aliquid fieri videatur,“* podawano *Extractum canabis indicae* z *Extractum hyosciami.* Skoro pierwsze objawy ostrego zapalenia przeminęły, przystępowano do właściwego leczenia, które rozpoczynano od wewnętrznego podawania balsamu kopaiwy lub pieprzu kubebowego. Gdy w wydzielinie, dotąd czysto ropnéj, widoczną była już domieszka śluzu a niezachodziła już żadna obawa, aby wstrzykiwania do cewki mogły wywołać zadrażnienie zbyteczne błony śluzowéj, przystępowano do leczenia zewnętrznego.

Tutaj znakomite usługi oddawał nam rozczyn nadmanganezianu potasowego lub zynkowego. Środek ten można uważać niejako za swoisty w takich przypadkach, będący w stanie w każdym razie przynajmniéj zamienić w ciągu krótkiego bardzo czasu rzeżączkę ostrą w nieżytową. Środek ten, używany tylko kilka dni, usuwał albo w zupełności wydzielinę, lub przynajmniéj zamieniał wydzielinę ropną w śluzową. Jednę tylko ma stronę ujemną. Oto wymaga ścisłéj obserwacyi chorego. Niestósownie użyty lub za długo poda-

wany, niejednokrotnie sprowadzał zadrażnienie szyjki pęcherza z następowém zatrzymaniem moczu. Dlatego téż używaliśmy tylko słabych rozczynów, jak jeden gram na 20,000 a najwyżéj na 10,000 wody. Mimo to jednak musieliśmy go zaniechać w kilku przypadkach, z powodu zbytniéj drażliwości błony śluzowéj cewki moczowéj. Również w kilku przypadkach zdarzyło nam się spostrzegać, że rzeżączka szybko z ropnéj w nieżytową zamieniona, następnie uporczywie się utrzymywała. Czy jednak to należy policzyć do ciemnych stron nadmanganezianu zynkowego i potasowego lub téż może tylko polegało na szczególniejszém usposobieniu chorego, nie chcemy rozstrzygać.

Skoro wydzielina z cewki miała charakter przeważnie śluzowy, zamienialiśmy wstrzykiwania nadmanganezowych soli na wstrzykiwanie środków ściągających i wysuszających, jako to: *Zincum sulfuricum, plumbum aceticum, tanninum, alumen, zincum sulfuricum, tra Sydenhamii, bismuthum subnitricum etc.* Po takiém leczeniu rzeżączka zwykle najszybciéj ustępowała, a powikłania do rzadkości należały.

Drugą kategoryję przypadków leczonych stanowiły rzeżączki chroniczne, które już jako takie, jako długotrwałe, przy leczeniu ambulatoryjném nie ustępujące, do kliniki stałéj się dostawały. Tutaj rozpoczynaliśmy leczenie odrazu od środków ściągających i wysuszających, zmieniając je tylko często, aby nie przyzwyczajać błony śluzowéj do jednego leku.

Trzecią kategoryję stanowiły rzeżączki nader uporczywe, które miesiącami mimo leczenia się utrzymywały, a znamionowały się wypływem ropnym lub śluzowym w bardzo małéj ilości, szczypaniem w ograniczoném miejscu cewki moczowéj w czasie oddawania moczu. W moczu w takich przypadkach najczęściéj napotykano najładniejsze okazy charakterystycznych nitek tryprowych. Rzeżączka ta uporczywa polegała na zmianach w ograniczoném miejscu błony śluzowéj cewki, zazwyczaj w części jéj opuszkowéj lub błoniastéj. Zmiany te występowały jako zgrubienie, jako przerost błony śluzowéj cewki, w miejscu małém, ograniczoném, lub téż polegały na drobnych wybujałościach uklejowatych także na

ograniczoném miejscu błony śluzowéj, lub téż na nielicznych nadżerkach, uporczywie się na jedném miejscu zatrzymujących. Owrzodzeń istotnych w naszych przypadkach nigdy nie widzieliśmy. Przypadki te stanowiły materyjał do endoskopowania. Leczenie ich było różném, stósownie do różnéj przyczyny. Jeżeli badanie endoskopem wykazywało za przyczynę tylko zastoinowe obrzmienie błony śluzowéj lub jéj przerost w miejscu ograniczoném, wprowadzanie ciężkich metalowych zgłębników do pęcherza znakomicie skutkowało. Jeżeli zaś przyczyna uporczywego wypływu tkwiła w miejscowych nadżerkach lub wybujałościach uklejowatych, stósowano miejscowe pędzlowanie tych miejsc rozczynem azotanu srebrowego (1:30 lub 20) za pomocą endoskopu. Po wypaleniu tych miejsc, powtarzającém się co drugi dzień, wypływ bardzo się wzmagał, co było rzeczą naturalną zadraźnienia błony śluzowéj.—Późniéj jednakowo, gdy zadraźnienie ustąpiło, następowało znaczne polepszenie. W żadnym przypadku jednak przez stósowanie leczenia endoskopijnego nie osięgnęliśmy zupełnego wyleczenia. Być może, że przyczyną tego ujemnego wyniku leczniczego było, że chorzy nie chcieli się poddać tak długiemu leczeniu, jakiego ta metoda zdaje się wymagać.

Z nowych polecanych środków używano sublimatu, resorcyny, kwasu borowego, kwasu karbolowego z hałunem i siarkanem zynkowym i oleju santałowego.

Sublimatu używano według Leistikowa (*Charité Annalen*, 1882) w bardzo mocném rozcieńczeniu (jeden gram na 5 do 10 tysięcy gramów wody). Mimo to każde zastrzyknięcie wywoływało mocny ból, a wynik leczniczy można było uważać za ujemny, tak, że po kilku dniach trzeba było przejść do jednego z dawniejszych środków. Dla tego ograniczono próby z tym środkiem do siedmiu przypadków.

Podobnież zawiodły nas zupełnie wstrzykiwania z resorcyny (1:500) w czterech przypadkach, z kwasu borowego (1:200—400) w dwóch przypadkach, jakotéż podawanie wewnętrznie oleju santałowego w pięciu przypadkach. Środek ten ostatni, polecany tak gorąco we Francyi, jest zna-

cznie droższym od balsamu kopaiwy, a działa o wiele słabiéj i wolniéj od tego ostatniego.

Z dobrym skutkiem za to stosowaliśmy w 11 przypadkach wstrzykiwań polecanych przez jednego z lekarzy niemieckich z kwasu karbolowego, hałunu i siarkanu zynkowego. *(Rp. Acidi carbolici, Aluminis crudi, Zinci sulfurici āā 1,00 Aq. destillatae 200--300. S.* 2—3 razy dziennie wstrzykiwać.

W przypadkach powikłanych z zapaleniem przyjądrza lub równocześnie z zapaleniem powrózka nasiennego, wstrzymywano się od wszelkiego leczenia rzeżączki aż do czasu przejścia okresu zapalnego ostrego. Stosowano tylko okłady zimne na miejsce dotknięte zapaleniem i wcierano dla złagodzenia bólu maść beladonową *(Rp. Extr. rad. belladonnae 2,00 Ung. emollientis 16,00 f. ung.).* Skoro bolesność ustąpiła, a obrzęk się jeszcze utrzymywał, rozpoczynano zwykle leczenie rzeżączki od balsamu kopaiwy lub kubebów. Na obrzęk pozapalny polecano zazwyczaj dla przyspieszenia wessania wysięku zapalnego przylepiec rtęciowy (*Rp. Empl. mercur. Empl. saponati. āā).*

U kobiet leczono rzeżączkę pochwy w sposób następujący: Po oczyszczeniu błony śluzowéj pochwy 2% kwasem karbolowym pędzelkowano ją mocnym rozczynem azotanu srebrowego (1:8), i zakładano suche tampony. Wypalanie to powtarzano co drugi dzień aż dopóki wydzielina nie przybrała charakteru wydzieliny śluzowéj nieżytowéj. Wtedy, podobnie jak u mężczyzn, stosowano środki ściągające, zakładając tampony posypane podazotanem wizmutowym, jodoformem, hałunem lub zamaczane w rozczynie kwasu garbnikowego, w glicerynie lub kwasie octowym drzewnym nieoczyszczonym. Zapalenie szyjki macicznéj leczono przez wprowadzenie do niéj lapisu w laseczkach, przestrzykiwanie i zakładanie tamponów.

Rzeżączkę cewki moczowéj leczono wewnętrznem podawaniem balsamu kopaiwy lub kubeb i wstrzykiwaniami podobnie jak u mężczyzn. Tylko w przypadkach bardzo uporczywéj i zadawnionéj rzeżączki wprowadzano do cewki

laseczkę lapisu na pół lub całą minutę. Zapalenie gruczołów Bartoliniego leczono kataplasmowaniem, a skoro wyczuć się dawało chełbotanie, otwierano ropień, przestrzykiwano ranę 2% kwasem karbolowym i zasypywano jodoformem.

2. *Sarcoma Epididym.* Przypadek tego rodzaju leczono w klinice jeden. Podajemy go tutaj ze względu na przyczynę, która według wszelkiego prawdopodobieństwa wywołała powstanie nowotworu. Dnia 23 grudnia 1883 r. przybył do nas uczeń szewski Antoni Zawada, lat 19 liczący. Podaje on, że w czerwcu tegoż roku dostał rzeżączki ostréj. W późniejszym przebiegu rzeżączki wystąpiło zapalenie przyjądrza lewego. Obrzmienie przyjądrza mimo ustąpienia bólów nie schodziło. Chory szukał więc pomocy lekarskiéj. Polecono wcieranie z maści szaréj, założono opaskę uciskającą Frickego. Przy tém leczeniu obrzmienie wcale się nie zmniejszyło, lecz owszem zaczęło się szybko zwiększać i sprawiać choremu ból. Chory szukał teraz pomocy na oddziale chirurgicznym szpitala św. Łazarza. Tutaj po dokładném zbadaniu chorego nie chciano go operować. Chory udał się wtedy do naszéj kliniki. Znaleźliśmy wtedy guz wychodzący z jądra lewego, zbity, nieprzeświecający, o powierzchni dość gładkiéj. Guz ten był przy dotknięciu bolesnym. Powrózek nasienny po stronie lewéj mocno obrzmiały, grubości palca u ręki, twardy, bardzo bolesny. W jamie brzusznéj w okolicy pępka guz wielkości orzecha włoskiego, przy ruchach oddechowych poruszalny, bardzo bolesny. Odżywienie chorego nędzne. Chory uskarża się na ciągłe kruczenie w kiszkach i na ból w okolicy żołądka. Trawienie i apetyt dobre.

Dnia 1 stycznia 1883 chory dostał nagle napadów padaczkowych. Stolce przytém częste, żółte, papkowate, dużo śluzu zawierające. Mocz zupełnie prawidłowy. W następnych dniach wymioty wodniste z małą domieszką żółci. Chory nie cierpiał dawniéj nigdy na padaczkę. Dnia 4 stycznia napady znów się powtórzyły i odtąd częściéj się wydarzały.

Dnia 28 stycznia chory umarł. Sekcyja wykazała: *Sarcoma epididym. et testis dextri, metastases glandularum retroperitonealium, in hepate, liene, pulmonibus, glandulis lym-*

phaticis mediastini anterioris et posterioris, in cerebro (thalamo optico). Anaemia universalis summi gradus.

W przypadku tym według wszelkiego prawdopodobieństwa rzeżączkowe zapalenie przyjądrza dało powód do powstania mięsaka. Napady padaczkowe, które wystąpiły w przebiegu choroby, zdają się być w związku z przerzutami nowotworu, znalezionemi we wzgórku wzrokowym mózgu.

3. *Condylomata accuminata.* Szyszkowin kończystych leczono dwanaście przypadków, z czego przypada trzy przypadki na mężczyzn, dziewięć zaś na kobiety. U mężczyzn siedliskiem ich była żołędź i wewnętrzna strona napletka, u kobiet zaś wargi sromowe większe, mniejsze, wejście do pochwy, wzgórek łonowy, a także skóra we fałdzie pachwinowym. U kobiet w dwóch przypadkach szyszkowiny doszły do kolosalnych rozmiarów, tak że stanowiły jednę całość pokrywająca srom.

Szyszkowiny drobne, pojedyńczo rozstawione, wycinano nożyczkami, szczególnie u kobiet. Zazwyczaj jednak niszczono je środkami chemicznemi. Najszybszy skutek osiągano pędzelkowaniem kilkodniowém *cum liquore ferri sesquichlorati* a następnie gdy szyszkowiny trochę przyschły, wypalaniem ich kwasem jednochlorooctowym. Wypalanie to sprawiało wprawdzie choremu ból, jednakże dość szybko przemijający i nie tak silny jak po wypalaniu kwasem azotowym dymiącym. Z innych środków próbowano proszku i maści z jałowca sawiny, kwasu salicylowego i kwasu borowego. Z środków tych kwas salicylowy i kwas borowy stosowany w postaci proszku wcale nas nie zadowolił. Maść lub proszek jałowca sawiny działał niszcząco na szyszkowiny, ale bardzo zwolna.

4. *Cystitis et Pyelitis.* Na choroby te leczono przypadków dziewięć. Mianowicie na zapalenie pęcherza pięciu mężczyzn i jednę kobietę, na zapalenie miedniczek nerkowych w połączeniu z zapaleniem pęcherza mężczyzn trzech. W siedmiu przypadkach nie ulegało wątpliwości, że rzeżączka była przyczyną powstania zapalenia. W dwóch zaś przy-

padkach zapalenia pęcherza, chorzy stanowczo przeczyli, aby kiedykolwiek rzeżączkę mieli.

Leczenie stosowano według okresu choroby i według jéj przyczyny. W okresie ostrym, połączonym z bolesném a częstém parciem na mocz, polecano czopki morfinowe, a gdy to nie wystarczało, zastrzykiwano podskórnie morfin. Prócz tego stosowano ciepłe kataplazmy na okolicę pęcherza, aby złagodzić jego drażliwość. Skoro okres ten przeminął, przystępowano do właściwego leczenia. Rozpoczynano je zwykle, szczególniéj w przypadkach takich, w których wątpliwości nie ulegało, że przyczyną zapalenia jest rzeżączka, od podawania wewnętrznego środków balsamicznych. Jeżeli te albo od razu zawiodły, lub polepszenie przez nie wywołane tylko do pewnego stopnia doszło i daléj nie postępowało, przechodzono do środków ściągających (tanniny, *decoctum foliorum uvae ursi* itp.) lub téż stosowano wody alkaliczne, środki, mające wstrzymywać rozkład moczu, jak chinin, kwas salicylowy, bendźwinian sodowy, kwas bendźwinowy, kwas borowy lub wreszcie przestrzykiwano pęcherz kwasem chlorowodowym. We wszystkich przypadkach zapalenia pęcherza lub miedniczek nerkowych na tle rzeżączkowém działały najlepiéj *balsamica*, szczególniéj balsam kopaiwowy, podawany po 4 do 6 gramów dziennie. Przytém chorzy zachowywali odpowiednią dyjetę.

W jednym przypadku mieliśmy do czynienia z bardzo ciężkiém a uporczywém zapaleniem pęcherza. Dnia 16 lutego 1884 przybył do nas P. F., 20 lat mający, czeladnik tapicerski. Miał on dostać przed czterema miesiącami rzeżączki. Od tygodnia cierpi na parcie częste do oddawania moczu, przyczém doznaje mocnych bólów w końcu cewki moczowéj i w krzyżach. Ostatniemi dniami dolegliwości tak się wzmogły, że chory przyszedł szukać pomocy w klinice. U chorego, dobrze odżywionego, niegorączkującego, dobrze zbudowanego, nie znaleźliśmy w organach wewnętrznych zmian żadnych. Z cewki wypływu żadnego dostrzedz nie można. Okolica pęcherza przy ucisku bolesna. Mocz krwawo zabarwiony, oddziaływania obojętnego, zawiera dość

znaczną ilość białka i węglan amonowy. Znacznie zwiększona ilość osadu składa się z bardzo licznych ciałek krwi czerwonych i bezbarwnych, z węglanu wapniowego zasadowego bezpostaciowego i z bardzo nielicznych kryształków fosforanu magnowo-amonowego. Ilość śluzu znacznie zwiększona. Ponieważ chory musiał co kilkanaście minut chodzić z moczem, co mu silne bóle sprawiało, polecono czopki morfinowe, a wewnętrznie taninę po 0,30 trzy razy dziennie. Po trzech dniach parcie się zmniejszyło, a osad w moczu zawierał mniéj krwi, więcéj zaś ropy. Oddziaływanie świeżo od danego moczu było słabo alkaliczne. Podano choremu balsam kopaiwowy po 2grm. dwa razy dziennie. Już czwartego dnia wystąpiło pogorszenie. Chory musi co 10 minut dzień i noc chodzić z moczem, w moczu znów więcéj krwi. Ciepłota nieco nad 38°C. Powrócono znów do morfinu. Ponieważ czopki same nie skutkowały, robiono dwa razy dziennie wstrzykiwania podskórne z 2—3cgm. morfinu. Na okolicę pęcherza polecono ciepłe kataplazmy. 26 lutego stan chorego o tyle się polepszył, że można było zaprzestać wstrzykiwań morfinu. Polecono proszek kubebowy po 12 gramów dziennie. Z początku zdawało się, że środek ten sprawił choremu ulgę. Parcie się zmniejszyło, mocz ciągle oddziaływający obojętnie lub słabo alkalicznie zawierał mniéj osadu. Ale już 2 marca znów nastąpiło znaczne pogorszenie, które zmusiło nas do pozostania tylko przy morfinie i do podania wewnętrznie siarkanu chininowego po 0·35 trzy razy dziennie. Leczenie to, podobnie jak i następnie podawany kwas salicylowy po 0·50 trzy razy dziennie, nie osiągnęło żadnego skutku. Ponieważ krew w moczu ciągle się utrzymywała, a chory podawał, że zwykle odchodzi kilka kropli krwi w końcu moczenia, wobec więc bezskuteczności wszelkiego leczenia prof. Rosner badał, czy nie ma kamienia. Badanie dało wynik ujemny. Polecono teraz choremu kwas borowy po 0·40 cztery razy dziennie. I ten lek pozostał bez skutku. Stan ciągle jednaki. To zmienne polepszanie i pogarszanie się trwało nieprzerwanie do 5 kwietnia. W dniu tym polecono *Kalium bromatum* po 1·00 dwa, a następnie trzy razy dzien-

nie. Srodek ten polecano w ostatnich czasach w Anglii przeciw zapaleniu pęcherza. Chory doznał o tyle ulgi, że parcie się zmniejszyło. Mocz zawierał znacznie mniéj osadu, zawsze jednak był krwawo zabarwionym i zawierał prócz znacznie zwiększonéj ilości śluzu trochę ropy i drobne skrzepy krwi. Polepszenie daléj nie postępowało. Polecono więc 12 grudnia *Acidum benzoicum* po 6grm. na dzień. Mimo takiéj dużéj dawki stan ten sam. Podano więc 9 maja znów balsam kopaiwowy po 6gr. na dzień. Tym razem choremu się polepszyło. Parcie o wiele rzadsze, ból mniejszy. Mocz jednak ciągle oddziaływa obojętnie, zawiera w osadzie trochę krwi, ropę, śluz i fosforany zasadowe. Balsam kopaiwowy podawano do 28 maja, nie osiągnięto jednak wyleczenia. 28 maja podano naftalinę po 0·15 trzy, a następnie cztery razy dziennie. Już w pierwszym dniu chory doznał znacznéj ulgi. W trzecim dniu tego leczenia mocz dość czysty zawiera w osadzie mało zwiększonym tylko śluz i ropę. Oddziaływanie, które stale było obojętném, teraz słabo-kwaśne. 3 czerwca chory opuścił klinikę wyleczony. 19 czerwca przedstawił się w ambulatoryjum klinicznem zdrów zupełnie. Tak więc w przypadku tym osiągnęliśmy wynik leczniczy nadspodziewanie dobry po użyciu naftaliny. Środek ten ma tę niedogodność, że wonią swoją sprawić może choremu obrzydzenie. Uniknąć tego można, podając go w pigułkach, powleczonych według przepisu Dra Friedländera keratyną. Tym sposobem pigułki przechodzą przez żołądek nienaruszone i rozpuszczają się dopiero w kiszkach cienkich w soku alkalicznym.

5. *Paraphimosis ex onania.* Leczono na tę chorobę mężczyzn czterech. Ponieważ śród leczenia miano na uwadze także odzwyczajenie chorych od samogwałtu, sprowadzano więc napletek siłą nie usypiając chorego. Operacyja ta bardzo bolesna utkwiła choremu zawsze dobrze w pamięci. Po sprowadzeniu napletka polecono okłady lodowe, aby zapobiedz zapaleniu i chory wyleczony opuszczał zwykle zakład już na drugi dzień.

6. *Ulcus molle.* Na wrzód miękki leczono siedmdziesięciu pięciu chorych, mężczyzn czterdziestu dwóch i kobiet

trzydzieści trzy. Czas leczenia u kobiet wynosił 18 1/4, u mężczyzn 16 dni, jeżeli nie było powikłania ze zropieniem gruczołów pachwinowych.

Co do czasu wylęgania się przyrzutu wrzodu miękkiego, to podobnie jak i w przypadkach rzeżączki nie można było polegać na podaniach chorych.

Najczęstszą siedzibą wrzodu miękkiego u mężczyzn było ujście zewnętrzne napletka, daléj wewnętrzna powierzchnia napletka i rowek okołożołędziowy. Rzadziéj siedliskiem była sama żołędź lub więzadełko napletka. W czterech przypadkach wrzód znajdował się bliżéj nasady prącia, raz na mosznach i raz na palcu u ręki, dokąd został zapewne przypadkowo z członka przeszczepionym. U kobiet ulubioném miejscem wrzodów miękkich były wargi sromne większe szczególniéj ich powierzchnia wewnętrzna, a następnie zatoka czółenkowata i więzadełko warg mniejszych. Rzadziéj napotykano wrzody na wargach mniejszych, we wejściu do pochwy, na napletku łechtaczki, przy ujściu cewki moczowéj, we fałdzie udowo wstydliwym, na wzgórku łonowym i na wewnętrznéj powierzchni ud, tudzież na międzykroczu i w ujściu kiszki odchodowéj. W jednym przypadku siedliskiem wyłączném była część pochwowa macicy, mianowicie warga jéj tylna. W przypadku tym brak wrzodów na zewnętrznych częściach rodnych dość utrudniał rozpoznanie.

Tak u mężczyzn jak i u kobiet rzadko się zdarzało, aby wrzód miękki wystąpił jeden tylko, zwykle w sąsiedztwie bliższém lub dalszém napotykało się ich parę lub kilka. U kobiet czasem cały zewnętrzny srom i przylegająca wewnętrzna powierzchnia ud były jakby zasiane drobnemi wrzodzikami miękkiemi, szczególniéj mieszkowemi.

Wrzody bez powikłań zazwyczaj szybko się goiły. U mężczyzn jednak z siedzibą wrzodu na żołędzi, gdy wrzód przebił osłonę żołędzi zewnętrzną i drążył w głąb, leczenie szło z oporem, i tylko energiczne wypalanie zdołało zapobiedz niszczącéj dążności ropy, wydzielanéj przez wrzód. U kobiet najtrudniéj goiły się wrzody na więzadełku warg mniejszych i przy wejściu do pochwy.

Z powikłań najczęstszemi były zapalenie gruczołów pachwinowych, stulejka (*phimosis*), a w dwóch przypadkach zapalenie naczyń limfatycznych, wzdłuż prącia przebiegających z następowém obrzmieniem członka. W kilku przypadkach tak u mężczyzn jak i u kobiet wśród przebiegu wrzodu miękkiego wytworzyła się pod nim stwardniałość i wrzód miękki przybrał wszystkie cechy wrzodu twardego syfilitycznego z jego następstwami.

Na szczególniejszą wzmiankę z tych powikłań zasługuje zapalenie gruczołów pachwinowych. Wydarzyło się ono u 28 chorych, tj. u 21 mężczyzn i u 7 kobiet. Ten stosunek na niekorzyść mężczyzn tłumaczymy sobie tém, że u mężczyzn przyczyniają się bardzo do powstania tego powikłania marsze uciążliwe, różne zajęcia przy pracy rękodzielniczéj, jeżdżenie konno a wreszcie i noszenie obcisłych sukien. Nie bez wpływu na powstawanie zapalenia gruczołów pachwinowych zdaje się być umiejscowienie wrzodów miękkich. W naszych przypadkach przynajmniéj, powikłania te najczęściéj się wydarzały, gdy wrzód miękki znajdował się na więzadełku napletka, a następnie w rowku kołożołędziowym. Tłumaczymy sobie to zjawisko rozłożeniem naczyń limfatycznych. W miejscach tych bowiem najwięcéj znajduje się naczyń limfatycznych, które spływają do najbliższego zbiornika, jakim są gruczoły pachwinowe. W dwóch téż przypadkach owrzodzenie w rowku kołożołędziowym było można śledzić drogą przyrzutu wrzodu miękkiego ku gruczołom limfatycznym. W obu tych przypadkach powstało naprzód obrzmienie zapalne naczyń limfatycznych na grzbiecie prącia a następnie obrzmienie i zropienie gruczołów pachwinowych. Również uważaliśmy, że i umieszczenie wrzodu miękkiego ma wpływ na powstanie jedno- lub obustronnego zapalenia gruczołów pachwinowych. Najczęściéj owrzodzenia po prawéj stronie wywoływały obrzmienie gruczołów po odpowiedniéj stronie prawéj, podobnie jak wrzody po stronie lewéj były najczęściéj przyczyną obrzmienia gruczołów w pachwinie lewéj. Obustronne zapalenie powstawało najczęściéj, jeżeli siedzibą wrzodu było więzadełko napletka. Nie wszystkie

jednak zapalnie obrzmiałe gruczoły przechodziły w ropienie. Część ich przy odpowiedniém leczeniu rozchodziła się, lub téż przechodziła w obrzmienie twarde niebolesne, z którém chorzy klinikę opuszczali. Obrzmienie takie, nieprzechodzące w ropienie, dotyczyło najczęściéj całych pakiecików gruczołów pachwinowych i najczęściéj wydarzało się u ludzi z usposobieniem zołzowém. Na dwadzieścia ośm przypadków zapalenia gruczołów pachwinowych nie przyszło do zropienia u szesnastu chorych (12 mężczyzn i 4 kobiet). Gruczoły, które przeszły w ropienie, były zwykle mocniéj powiększone, częściéj odosobnione. Skóra nad niemi była zaczerwieniona, często obrzmiała, bardzo dotkliwa. W kilku przypadkach powstawało zapalenie tkanki okołogruczołowéj. Jeżeli taka tkanka zapalnie naciekła przeszła w ropienie, tworzył się duży ropień o brzegach podminowanych. Niekiedy po otworzeniu zropiałego gruczołu ropa z rany się wydzielająca zaszczepiała na około gruczołu wrzody nowe, szczególniéj mieszkowe. W dwóch przypadkach rana przybrała charakter wrzodu szerzącego się w obwodzie *(Ulcus serpiginosum)*. U jednéj kobiety prócz powikłania z wrzodami około rany ropa miała szczególniejszą dążność drążenia w głąb, tak, że wywołała głęboki wrzód lejkowaty, który wygoił się od brzegów.

Czas leczenia przy powikłaniu wrzodu miękkiego ze zropieniem gruczołów pachwinowych był naturalnie znacznie dłuższym. Wynosił on średnio u mężczyzn $41\,^3/_4$, u kobiet $39\,^1/_3$ dnia.

Za najskuteczniejsze uznaliśmy następujące leczenie wrzodów miękkich. Wrzód wypalano rozczynem zgęszczonym siarkanu miedziowego *(Rp. Cupri sulfurici 4.00 Aq. destill. 16.00)*.

Wypalania te powtarzało się, dopóki powierzchnia wrzodu nie przybrała wejrzenia rany czystéj, zdrowéj. Wtedy dopiero stosowano jodoform sproszkowany. W tych przypadkach, w których od samego już początku stosowaliśmy jodoform, bez poprzedniego użycia rozczynu siarkanu miedziowego, gojenie trwało znacznie dłużéj, a rana oczyszczała się bardzo

powoli. W tych jednak przypadkach, w których chorzy z wrzodem miękkim przyszli do kliniki już z zapalnie obrzmiałemi gruczołami pachwinowemi, samo się przez się rozumie, że nie używaliśmy mocnych rozczynów siarkanu miedziowego, tylko poprzestawaliśmy na zasypywaniu jodoformem.

W sześciu przypadkach stosowaliśmy kwas salicylowy, polecany gorąco w ostatnich czasach przez Hebrę młodszego, jednak ku zupełnemu naszemu niezadowoleniu. Rana wcale się szybciéj nie oczyszczała ani nie goiła, aniżeli, gdybyśmy byli przestali na samém obmywaniu kwasem karbolowym.

Powikłania leczyliśmy różnie. W przypadkach stulejki następowéj zastrzykiwaliśmy dwa, lub w miarę potrzeby, trzy razy dziennie 1% kwas karbolowy pod napletek a następnie słaby rozczyn azotanu srebrowego (1 : 200). Zapalenie naczyń limfitycznych leczyliśmy okładami zimnemi.

W przypadkach zapalenia gruczołów pachwinowych, w samych początkach stosowaliśmy pędzelkowanie nalewką jodową i okłady zimne lub lodowe. Jeżeli przytém leczeniu obrzmienie nie rozchodziło się, lecz owszem zaczerwienienie skóry, obrzmienie jéj i spojenie z osłonką gruczołów, jakotéż ślady chełbotania wnosić kazały o tworzeniu się ropnia, porzucaliśmy wszelkie inne leczenie, ograniczając się do kataplazmów ciepłych. Gdy chełbotanie wyraźnie wystąpiło, otwieraliśmy ropień długiém cięciem, przestrzykiwaliśmy jamę 2% kwasem karbolowym i zakładaliśmy opatrunek jodoformowy. W paru przypadkach próbowaliśmy zastosować opatrunek sublimatowy, ten jednak bardzo drażnił ranę i wywoływał zapalną reakcyję tkanek okolicznych, a więc porzuciliśmy go.

W przypadkach gdy rana nie traciła charakteru zakaźnego, wywoływała w sąsiedztwie nowe owrzodzenia i drążyła wewnątrz lub podminowywała brzegi, wypalaliśmy ją azotanem srebrowym w laseczkach, lub też zgęszczonym rozczynem siarkanu miedziowego (1 i 4).

W przypadkach z przebiegiem prawidłowym, skoro jama zropiałego gruczołu wypełniła się zdrową ziarniną, a brzegi zaczęły się zaciągać przyskórkiem, posełaliśmy chorego

codziennie do kąpieli ciepłéj. Takie kąpiele, czas dłuższy trwające, znacznie przyspieszały zupełne wyleczenie.

Kiła.

Sprawozdanie z przebiegu i leczenia chorób kiłowych podzielimy dla łatwiejszego przeglądu na cztery naturalne grupy. Grupa pierwsza obejmować będzie przypadki kiły pierwotnéj, druga przypadki kiły wtórorzędnéj świeżéj, trzecia przypadki kiły wtórorzędnéj odnawiającéj się, wreszcie grupa czwarta przypadki kiły późnéj (*Syphilis tardiva vel tertiaria*).

W ciągu lat dwóch leczono na kiłę w różnych jéj okresach 272 przypadków, z czego przypada na mężczyzn 124, na kobiety 155. Ta przewaga kobiet, zdająca się stać w sprzeczności z podaniami większéj części autorów, twierdzących, że na kiłę znacznie więcéj choruje mężczyzn niż kobiet, zdaje się pochodzić ztąd, że znaczna część mężczyzn leczyła się prywatnie lub téż w szpitalu wojskowym, kobiety zaś, z małemi stosunkowo wyjątkami, wszystkie dostawały się do kliniki i do szpitala.

I. *Syphilis primaria. Ulcus induratum.*

Na wrzód twardy kiłowy leczono 33 chorych, pośród których 18 mężczyzn, a 15 niewiast. Ta stosunkowo mała liczba przypadków kiły pierwotnéj w porównaniu do ilości przypadków leczonych na późniejsze okresy, tłumaczyć się zdaje tém, że wiele przypadków, szczególniéj u mężczyzn, usuwało się od naszéj obserwacyi. Przy znanéj obojętności ludu naszego o swoje zdrowie nic dziwnego, że małe owrzodzenia lub nadżerki na prąciu lub gdziekolwiek na częściach rodnych, niedające się choremu poznać bólem, że zupełnie niebolesne obrzmienie gruczołów pachwinowych, wcale chorego nie zaniepokajało, i nawet często uwagi jego uchodziło. Dopiero pojawiające się objawy wtórorzędne, w szczególności zaś kłykciny sączące, sprowadzały chorych do kliniki. Niejednokrotnie zdarzało nam się téż dla tego słyszeć naszych chorych, twierdzących, że nigdy przed wystąpieniem bólu gardła lub wysypki na skórze żadnego owrzodzenia

na częściach rodnych nie mieli, i dziwiących się, żeśmy znaleźli jakieś stwardnienie bliznowate, zajmujące tak bardzo naszą uwagę. Dla tego też przypadki wrzodu twardego u mężczyzn w klinice naszéj leczonych przedstawiały się jako klasyczne, trwające niezawodnie zawsze już czas dłuższy, mniéj więcéj od 4—8 tygodni. Wrzód był więc zawsze duży, nierzadko dyfterytyczny, niemogący ujść uwagi chorego, lub też załupka (*Paraphimosis*) albo stulejka (*Phimosis)* i z niéj wypływająca ropa skutkiem zapalenia żołędzi sprowadzały naszych chorych do szpitala, często z twierdzeniem, że mają rzeżączkę.

Wrzodów pierwotnych w samych ich początkach, a więc występujących w postaci nadżerka, ani razu nie spotkaliśmy u mężczyzn w ciągu dwulecia.

U kobiet przysyłanych przez policyję częściéj się zdarzało napotkać postacie wrzodu początkowe lub też owrzodzenia mniejsze, trudniejsze do rozpoznania, jak np. formy nadżerkowe (*chancre érosif*), guziczkowe (*chancre papuleux)* i wrzodziejące (*chancre exulcereux)*.

W żadnym z naszych przypadków nie można się było cośkolwiek pewnego dowiedzieć o długości czasu wylęgania się jadu syfilitycznego. Chorzy nasi, jak się to zwykle dzieje, odnosili zawsze powstały wrzód do ostatniego spółkowania, które też sobie dobrze zapamiętali. Tymczasem nie umieli nigdy podać, kiedy i ile razy poprzednio spółkowali, tak, że opowiadania ich nie miały dla nas żadnéj wartości i na ich podstawie bezwarunkowo nie można było jakichkolwiek wniosków wysnuć.

Siedliskiem wrzodu twardego u mężczyzn w naszych przypadkach był najczęściéj rowek okołożołędziowy, daléj żołędź sama i powierzchnia wewnętrzna napletka. Rzadziéj o wiele napotykaliśmy wrzód pierwotny na więzadełku napletka lub też na skórze prącia. W jednym przypadku wrzód twardy znajdował się w samém ujściu cewki moczowéj i stanowił mechaniczną przeszkodę w oddawaniu moczu. W drugim znów przypadku wrzód usadowił się w saméj cewce moczowéj niedaleko poza jéj ujściem. Wówczas łatwo mógł

uledz przeoczeniu i można go było uważać za rzeżączkę. Wreszcie w jednym przypadku siedzibą wrzodu twardego była dolna warga ust.

U kobiet siedliskiem najczęstszém wrzodu twardego były wargi sromne większe, daléj wargi mniejsze i zatoka czółenkowata, — rzadziéj zaś łechtaczka, jéj napletek i okolica ujścia cewki moczowéj. W jednym przypadku wrzód znajdował się na sutku tuż przy brodawce. Kobieta ta dostała go od dziecka, które karmiła jako mamka. Powróciwszy do domu zaraziła męża i troje dzieci, którzy wszyscy leczeni byli w klinice. W dwóch przypadkach siedzibą wrzodu była dolna warga ust (w jednym z nich u dziewicy 17-letniéj, pocałowanéj przez brata, urlopowanego z wojska). W jednym wreszcie przypadku u prostytutki znaleźliśmy kiłę pierwotną na wzgórku łonowym.

Stale i bez wyjątku towarzyszyły wszystkim wrzodom twardym obrzmienia gruczołów limfatycznych w najbliższém sąsiedztwie. Obrzmienie dotyczyło zawsze całéj plejady gruczołów i było tak charakterystyczném, że w nie jednym przypadku było momentem rozstrzygającym w rozpoznaniu. Tak więc przy zwykłém siedlisku wrzodu na częściach rodnych obrzmienie dotyczyło najbliższych gruczołów po obu stronach w pachwinach, różniąc się tylko między jedną a drugą stroną wielkością obrzęku i ilością obrzmiałych gruczołów. Gdy wrzód pierwotny miał znów siedzibę na wardze ust, obrzęk występował charakterystycznie w gruczołach podszczękowych po obydwu stronach, lecz zawsze więcéj po stronie téj, na któréj się wrzód znajdował. Jeżeli znów wrzód twardy znajdował się na sutku, obrzmiałemi były gruczoły pachowe i to po obydwóch stronach, zawsze jednak po stronie odpowiadającéj wrzodowi nierównie mocniéj.

Obrzęk gruczołów utrzymywał się przez cały czas trwania kiły pierwotnéj, wcale się nie zmniejszając. Dopiero z wystąpieniem objawów drugorzędnych rozpoczynało się nagłe zmniejszenie obrzmiałych gruczołów, które jednakowoż zawsze się jeszcze utrzymywało czas dłuższy, tak żeśmy

gruczoły nie rzadko znajdowali jeszcze obrzękłemi u ludzi przychodzących z nawrotami kiły.

Rozumie się samo przez się, że leczenie antysyfilityczne nie było bez wpływu na wessanie obrzęku gruczołowego. Leczenie takie, szczególniéj stosowane już w kile pierwotnéj, znacznie przyspieszało zmniejszanie się obrzmiałych gruczołów.

O powikłaniach, jakie się wydarzały w naszych przypadkach kiły pierwotnéj, nie da się wiele powiedzieć. Do najczęstszych powikłań należały stulejka i załupek. Powikłania te nie wymagały zazwyczaj szczególniejszéj pieczy koło chorego i przy zwykłém leczeniu ustępowały.

Wrzód dyfterytyczny spotkaliśmy pięć razy, mianowicie u czterech mężczyzn i jednéj kobiety. Przy odpowiedniém leczeniu charakterystyczna powłoka nekrotyczna prędko ustępowała, nie pociągając żadnych innych złych następstw dla chorego. Zauważyliśmy jednak, że zwykle w przypadkach takich objawy kiły wtórorzędnéj należały do cięższych.

Leczenie tylko czysto miejscowe jest regułą w naszéj klinice. Leczenie to ograniczało się do obmywania rany 2% kwasem karbolowym, zasypywania jodoformem i zakładanie waty Brunsa. W przypadkach tylko wyjątkowych stosowaliśmy rtęć już w samym początku. Za wskazanie do tego wyjątkowego leczenia służyło nam w naszych przypadkach raz mechaniczne utrudnienie w oddawaniu moczu przez usadowienie się wrzodu w ujściu cewki moczowéj, a drugi raz znaczne obrzmienie prącia skutkiem załupka, niedającego się żadną miarą odprowadzić.

Leczenie wewnętrzne w kile pierwotnéj polegało więc w naszych przypadkach na dobrém odżywianiu chorego, na podawaniu niedokrewnym żelaza z chininem, w ogóle na leczeniu, którego celem było usposobić ustrój do jak najlepszego przetrwania kiły wtórorzędnéj.

W pięciu tylko przypadkach w ostatnich miesiącach b. r. (lipcu i sierpniu) powróciliśmy w celach demonstracyjnych do dawnego sposobu leczenia i podawaliśmy, jak to Fournier jeszcze dotąd gorąco zaleca, jodek rtęciowy w pigułkach wewnętrznie (*Rp. Protojodureti Hydrargyri 1·00*

Extr. opii aquosi 0·30, Extr. et plv. acori q. s. ut f. l. a. pill. quadraginta. S. Wieczór dwie pigułki).

Z pięciu tych przypadków mieliśmy sposobność spostrzegać u dwóch kobiet późniéj wybuch kiły drugorzędnéj. W obydwóch przypadkach kiła ta miała charakter dość łagodny, ograniczając się do plam na skórze i nieznacznych w jednym przypadku kłykcin sączących w gardle. Zwróciło moją uwagę, że u obydwóch kobiet nie było zupełnie kłykcin sączących na częściach rodnych. Czy zatém we wszystkich przypadkach kiły pierwotnéj podawanie rtęci zawsze jest przeciwwskazaném, nie możemy jeszcze z całą stanowczością rozstrzygać. Doświadczenia ostatnie nasze w tym względzie, ograniczające się tylko do pięciu przypadków, nie mogą służyć za podstawę do jakiegokolwiekbądź sądu. W każdym razie uważamy podawanie rtęci w kile pierwotnéj wewnętrznie za przeciwwskazane, przynajmniéj w przypadkach dotyczących osób niedokrewnych i źle odżywionych. Tutaj rtęć podkopując tylko jeszcze bardziéj odżywienie mogłaby tylko choremu bezwątpienia przynieść szkodę, lecz nie pomoc.

Żałujemy, że jak to wyżéj wspomniano, nie napotkaliśmy żadnego przypadku wrzodu twardego w samym jego zaczątku, kiedy jeszcze przypuszczać było można, że jad kiłowy jest tylko jeszcze w jednéj miejscu umiejscowiony. Nie mając więc żadnego takiego odpowiedniego przypadku nie mogliśmy przedsięwziąść prób, z tak gorąco z niektórych stron polecaną metodą wycięcia pierwotnego nadżerka. Nie możemy więc w tym względzie wypowiedzieć naszego zapatrywania w téj ważnéj kwestyi.

Leczenie wrzodu twardego w naszych przypadkach trwało średnio u mężczyzn 20, u kobiet 16½ dnia.

W przypadkach załupka stosowaliśmy leczenie jak przy stulejce z przyczyny wrzodu miękkiego. W przypadkach załupka prócz leczenia przeciwgnilnego samego wrzodu stosowaliśmy kąpiele ciepłe. Na stwardniałość, pozostającą w niektórych przypadkach po wrzodzie twardym, polecaliśmy pla-

ster rtęciowy (*Rp. Emplastri saponati, Emplastri mercurialis āā*).

Przeciw obrzękowi symptomatycznemu gruczołów nic nie robiliśmy, uważając wszelkie leczenie za bezcelowe, mianowicie gdy nie było żadnéj komplikacyi.

II. *Syphilis secundaria recens.*

Na kiłę świeżą wtórorzędną leczono w ciągu lat dwóch osób 116, to jest 43 mężczyzn i 73 kobiet. Czas leczenia wynosił średnio u mężczyzn 29, u kobiet $31^1/_4$ dnia.

Chorzy, którzy do kliniki przybywali, okazywali zazwyczaj już wybitnie rozwiniętą kiłę drugorzędną, tak ze zmianami na skórze jak i na błonach śluzowych, a często i w innych narządach. Stosunkowo więc rzadko wydarzało nam się spostrzegać rozwijającą się kiłę drugorzędną w samych jéj początkach. W 7u więc tylko przypadkach, u 5 kobiet i 2 mężczyzn, widzieliśmy objawy zwiastunowe, poprzedzające wybuch kiły drugorzędnéj. We wszystkich tych pięciu przypadkach mieliśmy następnie obraz kiły cięższéj.

Objawy zwiastunowe w naszych przypadkach polegały w samych początkach na bólu głowy, szczególniéj mocnym ku wieczorowi, na ogólném osłabieniu, braku apetytu itp. Do objawów tych, kilka dni zazwyczaj trwających, przystępowały często w dalszym ciągu bóle mięśniowe, bóle w stawach, w kościach bez szczególniejszéj lokalizacyi i bez jakichkolwiek zmian dających się klinicznie wykazać. W końcu tego okresu chorobowego, zwykle po mniéj lub więcéj wybitnych dreszczach, ciepłota szybko się wznosiła, dochodząc w ciągu jednego lub dwóch dni nawet powyżéj 40°C. Gorączka ta we wszystkich naszych przypadkach miała charakter gorączki ciągłéj, zwykle w godzinach rannych zwalniającéj, niekiedy blisko o cały stopień. Objawy towarzyszące téj gorączce były tego rodzaju jak w innych gorączkach na tle zakaźném, a więc polegały na przyspieszonéj znacznie czynności serca, na bólu głowy, osłabieniu, bezsenności i braku łaknienia. W jednym tylko przypadku u kobiety 42 lat, u któréj potém wystąpiła ciężka kiła w postaci łuszczycy, u kobiety zresztą bardzo wynędzniałéj, niezauwa-

żyliśmy wcale utraty apetytu. Chora ta, mimo wysokiéj ciepłoty, dopominała się ciągle jedzenia, i zjadała istotnie więcéj niż towarzyszki jéj niegorączkujące. Mieliśmy więc tutaj do czynienia z żarłocznością, jaka niekiedy towarzyszy gorączce kiłowéj, a któréj liczne przykłady podaje Fournier. Gorączka kiłowa trwała zwykle kilka do kilkunastu dni, w przypadkach jednak cięźkiéj kiły, u osób wynędzniałych, przeciągała się na parę tygodni, naśladując swoim przebiegiem gorączkę durzycową. Cechującém tę gorączkę było, że chinin, podawany nawet w większych dawkach, nie miał tak widocznego wpływu na obniżenie ciepłoty jak środki przeciwkiłowe, w szczególności zaś jodek potasu lub sodu. Gorączka w naszych przypadkach nie miała zresztą nigdy znaczenia większego dla chorego, i przy stosowném zachowaniu się i leczeniu przemijała, nie pociągając w dalszym ciągu choroby żadnych złych następstw.

Ze zmian wszystkich najstalszą i najcharakterystyczniejszą zmianą kiły wtórorzędnéj świeżéj była wysypka na skórze. Najczęstszą postacią wysypki była wysypka różycowa a po niéj postać guzkowa w różnych odmianach. Postać różyczkowa występowała równocześnie obok innych form lub téż sama tylko. Przypadków, w których wyłącznie mieliśmy do czynienia tylko z wysypką różycową, naliczyliśmy 38, tj. u 22 kobiet i 16 mężczyzn. Plamy towarzyszące téj wysypce były zwykle drobne, o niewyraźnych zarysach gęsto rozsiane po ciele, najliczniéj jednak zawsze na bokach tułowia. Wysypka guzkowa występowała jużto w postaci drobnych guzków po całém ciele rozrzuconych (*lichen syphiliticus*), jużto w postaci większych guzków soczewicowatych (*syphilis lenticularis*), jużto w postaci guzków strupkowych (*syphilis papulo-crustosa)*, albo téż wreszcie w postaci guzków dużych łuszczących się, najczęściéj na dłoniach i podeszwach (*psoriasis palmaris et plantaris syphilitica*). Niekiedy na guzkach tych występowały na miejscach ograniczonych drobne pęcherzyki (*herpes syphiliticus*). Najczęściéj miałoto miejsce na wewnętrznéj stronie ramion i ud. Forma ta jednak guzkowo-pęcherzykowa była zawsze tylko przemijającą. W ciągu

kilku dni pęcherzyki albo przysychały lub też wypełniały się ropą, zamieniając tym sposobem guzki w krostki. Żadna postać wysypkowa w naszych przypadkach nie występowała zazwyczaj samodzielnie, lecz zwykle w połączeniu z innemi postaciami, tak, że różne rodzaje guzków zajmowały całą powierzchnię skóry. Wysypka guzkowa łączyła się nadto bardzo często z wysypką różycową, rzadziéj zaś z krostkową. Przypadków, w których wysypka guzkowa samodzielnie wystąpiła, naliczyliśmy 29. W 24 zaś przypadkach wysypka guzkowa w różnych swych postaciach towarzyszyła wysypce różycowéj, rzadziéj zaś krostkowéj. Na szczególniejszą wzmiankę zasługuje wreszcie odmiana łuszczących guzków, występujących na dłoniach i podeszwach (*psoriasis palmaris et plantaris*). Postać ta wystąpiła w 13 przypadkach, t. j. u 9 mężczyzn a 4 kobiet. Była ona bardzo uporczywą i choć inne odmiany wysypki ustąpiły, łuszczyca na dłoniach utrzymywała się jeszcze długo. Rzadziéj o wiele od dwóch poprzednich postaci wysypkowych napotykaliśmy wysypkę krostkową. Występowała ona albo samodzielnie, tylko równocześnie w różnych swoich odmianach lub też, jednak o wiele rzadziéj, obok wysypki guzkowéj. Najczęściéj jeszcze obok wysypki guzkowéj napotykaliśmy trądzik kiłowy. Z odmian wysypki krostkowéj napotykaliśmy trądzik kiłowy (*acne syphilitica*), liszaj kiłowy (*impetigo syphilitica*), i wreszcie niesztowice (*ecthyma syphiliticum*). Pojawienie się wysypki krostkowéj znamionowało w ogóle cięższą kiłę. Najpomyślniéj jeszcze kazała rokować wysypka trądzikowa, najniekorzystniéj zaś postać niesztowicowa, występująca niekiedy jako t. zw. brudziec kiłowy, (*rupia syphilitica*). We wszystkich naszych przypadkach chorzy dotknięci wysypką krostkową, szczególniéj zaś postacią jéj niesztowicową, byli charłacy, źle odżywieni, niedokrewni. W niektórych przypadkach było nader uderzającém, że właśnie u tego rodzaju ludzi wysypka ta występowała i znamionowała kiłę groźniejszą. Z liczniejszych historyj chorób pozwolę sobie przytoczyć tutaj cztery.

J. B., l. 24, kelner, miał we wrześniu 1883 kiłę pierwotną na *frenulum praeputii*. Już w końcu września rozpoczął w domu robić wcierania, których wziął 15. Ponieważ zmiany nie ustępowały, lecz owszem wysypka krostkowa uporczywa zaczęła się pojawiać, chory udał się do szpitala. Tu zrobiono mu 14 wcierań. W czasie tego leczenia wystąpiły niesztowice na obu podudziach i na głowie. Podano choremu *Kalium jodatum*, a gdy i ten lek nie odnosił widocznego rezultatu, zastosowano w grudniu *decoctum Zittmani*. W początkach lutego opuścił chory szpital ze znaczném polepszeniem. Ponieważ jednak znów wkrótce wystąpiły owrzodzenia na podudziach, chory przybył 28 marca 1884 do nas. Wówczas znaleziono: *Syphilis secundaria papulo-pustulosa in gruppis, cicatrices superficiales post ecthyma, periostitis tibiae sinistrae, arthropatia cubiti sinistri, ulcus syphiliticum in glande penis secundarium, condylomata lata in angulis oris, caruncula lacrym. et commissur. palpebrae infer. ocul. dextri*. Polecono choremu dobrą, pożywną dyjetę, wino i pigułki jodoformowe wewnętrznie (po 0·10 na dzień). Polepszenie bardzo zwolna postępowało, chory jednak opuścił klinikę 8 maja bez wysypki i z zagojonemi kłykcinami, celem dalszego leczenia się w domu.

L. A., lat 21, szewc, przybył 13 grudnia 1882 r. do kliniki. U osoby bardzo źle odżywionéj, znajdującéj się w nędznych warunkach higijenicznych, rozpoznano: *Syphilis secundaria cutanea pustulosa in thorace, capite et extremitat., dispersa condylomata lata in scroto et in sulco coronario glandis*. Polecono *Kalium jodatum* i żelazo z chininem. 9 stycznia rozpoczęto zastrzykiwania podskórne z sublimatu. Zrobiono ich 15. Kłykciny ustąpiły, wysypka w znacznéj części zeszła, a chory 2 lutego na własne żądanie opuścił zakład. W początkach marca znów do nas powrócił. Prócz śladów jeszcze wysypki krostkowéj na tułowiu znaleźliśmy teraz niesztowice na czole i na podudziach, zapalenie obydwóch stawów łokciowych, zapalenie okostnéj kości łokciowéj i palca dużego ręki lewéj. Obok leczenia miejscowego poleciliśmy wstrzykiwania podskórne sublimatu, których

zrobiono 12, a następnie podawaliśmy jod. Po dwumiesięcznéj kuracyi chory opuścił klinikę wyleczony.

A. T., lat 26, prawnik, przybył do kliniki 15 listopada 1883 r. W połowie lipca wystąpiła kiła pierwotna. Już w początkach sierpnia kiła wtórorzędna w postaci wysypki krostkowéj, a następnie niesztowice na podudziach. Polecono choremu zaraz w domu wcierania, których zrobiono 25. W końcu października wystąpił drugorzędny wrzód na żołędzi, do którego przyłączyła się zgorzel. W dniu przybycia chorego do kliniki, rozpoznano: *Syphilis papulo-pustulosa capitis et trunci, ulcera cutanea post ecthyma in extremitat. superior. capite, thorace, ulcera superficialia in palato molli, gonitis ambilateralis, defectus totius glandis post necrosim ex ulcere phagedenico.* Prócz leczenia miejscowego i pożywnéj dyjety stosowano wewnętrznie żelazo z chininem i jodek potasu. Chory po sześciotygodniowym pobycie opuścił klinikę na wyleczeniu. Owrzodzenia w większéj części zagoiły się, chory odzyskał siły, odżywienie się znacznie poprawiło.

A. S., żona wieśniaka, lat 42, zarażona przez męża przybyła do kliniki 5 stycznia 1884. Po wybitnym, kilkanaście dni trwającym, okresie zwiastunowym rozwinęła się wysypka guzkowa. Osoba bardzo wynędzniała, wychudła, tak że wstrzymano się od wszelkiego leczenia przeciwkiłowego, polecając tylko dobrze pożywną dyjetę i żelazo z chininem. Na żądanie męża chora opuściła klinikę 31 stycznia bez polepszenia. 28 marca powróciła. Wysypka miała teraz charakter łuszczycowy. Wystąpiły niesztowice na tyłogłowiu i na czole. Polecono jodek potasu, a następnie wcierania po 3grm. na dzień. Zrobiono ich 25. 2 czerwca chora znów opuściła zakład bez widocznego polepszenia na żądanie męża. 6 sierpnia po raz trzeci przybywa do kliniki. Wysypka w znacznéj części ustąpiła, za to całe uda, podudzia, plecy i ramiona pokryte owrzodzeniami po niesztowicach. Wychudnienie i charłactwo w najwyższym stopniu. Chora ma ogromne łaknienie, większe jednak ilości pokarmów łatwo sprowadzają zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego. Po-

lecono żelazo z chininem. W końcu sierpnia chora opuściła zakład niewyleczona na żądanie własne i męża.

We wszystkich czterech przytoczonych przypadkach mieliśmy do czynienia z kiłą ciężką, uporczywą, cechującą się już to wysypką krostkową, szczególniéj niesztowicami, już to licznemi kłykcinami, już to wreszcie zmianami kiłowemi w stawach i na okostnéj. U wszystkich czterech chorych kiła wystąpiła tak złośliwie, jak się zdaje, skutkiem złego odżywienia i złych warunków higijenicznych, w jakich się chorzy znajdowali. Obok tego niezawodnie zbyt wczesne leczenie rtęcią w dwóch przypadkach, podkopując jeszcze więcéj odżywienie chorego, przyczyniło się znacznie do zmniejszenia odporności ustroju, a tém samém do wystąpienia złośliwéj kiły. Dla tego też w dwóch tych przypadkach (pierwszym i trzecim) leczenie wzmacniające, które stósowaliśmy w klinice, obok podawania jodu, odniosło najlepsze rezultaty, tak, że w przypadku trzecim, bardzo ciężkim, już nawet z niektórych stron uważanym za stracony, wrzody na głowie, na rękach, plecach, wreszcie wrzód dyfterytyczny na prąciu, zagoiły się w przeciągu krótkiego stosunkowo czasu.— W przypadku czwartym u kobiety 42-letniéj, w najwyższym stopniu wynędzniałéj, mieliśmy obraz kiły bardzo ciężkiéj, nieustępującéj leczeniu, jaka nie rzadko napotyka się u naszego ludu wiejskiego wyrobniczego, niedbającego o swoje zdrowie, żyjącego w nędzy i w najgorszych warunkach higijenicznych.

Prócz trzech powyżéj opisanych rodzajów wysypek syfilitycznych, napotykaliśmy jeszcze t. zw. *„syphilis pigmentosa“* wyłącznie u kobiet. Zmiana ta charakterystyczna wystąpiła w 7 przypadkach; ograniczała się tylko do karku aż po grzebienie łopatek, i do szyi po okolicę pierwszych żeber. Występowała ona bez innych zmian syfilitycznych na skórze, lub też, co jednak rzadziéj, towarzyszyła postaciom różyczkowym i guziczkowym. Pojawienie się jéj nie miało pod względem rokowania żadnego znaczenia. Mimo ustąpienia wszystkich objawów kiły po leczeniu rtęcią, zmiany bar-

wikowe skóry utrzymywały się uporczywie i chore z niemi opuszczały klinikę.

W przeważnéj części naszych przypadków jednym ze stałych objawów kiły drugorzędnéj było wypadanie włosów. Włosy na głowie u mężczyzn i kobiet wypadały nie tylko w tych przypadkach, gdy skóra głowy pokrytą była wysypką syfilityczną różycową, guzkową, krostkową lub téż niesztowicową. Również spostrzegaliśmy wypadanie włosów w dość znacznéj liczbie przypadków, w których nie mogliśmy wykryć żadnych zmian na skórze głowy, a któremi moglibyśmy tłumaczyć wypadanie włosów. Widocznie więc w przypadkach takich jad syfilityczny wpływa w sposób dotąd niewytłumaczony na odżywienie brodawki włosowéj, upośledzając je i sprowadzając wypadnięcie włosa. Że tak najprawdopodobniéj rzecz się ma, świadczy i to, że i te włosy, które na głowie pozostają, zmianie ulegają. Włosy takie, pod wpływem jadu syfilitycznego tracą swój naturalny połysk, w dotknięciu stają się szorstkie, przytém są kruche i nie tak łatwo dają się czesaniem ułożyć. Często téż, szczególniéj u kobiet, włosy takie robią wrażenie włosów przyprawianych lub peruki. Wypadanie włosów rozpoczynało się zwykle równocześnie z wystąpieniem objawów drugorzędnych. Trwało zaś rozmaicie, stósownie do stopnia zakażenia kiłowego, kilka tygodni, miesięcy lub i dłużéj. Włosy wypadały zwykle na wszystkich częściach głowy jednakowo. Przynajmniéj nie uważaliśmy, aby którekolwiek miejsce było więcéj od drugiego dotknięte tą chorobą. Stopień wypadania był różny. Raz dopiero dokładniejsze badanie i wypytywanie się chorego wykazywały ten objaw kiły drugorzędnéj, drugi raz samo przeciągnięcie ręki przez włosy w czasie badania wyciągało ich dziesiątkami z głowy, w innych wreszcie przypadkach chory był na pół lub jeszcze więcéj łysy. Wypadanie włosów nie ograniczało się tylko do głowy. Niejednokrotnie mieliśmy sposobność widzieć ten sam objaw między włosami wzgórka łonowego. Tutaj, szczególniéj u kobiet, przychodziło czasem do zupełnego wyłysienia, tak że mimowoli przychodził na pamięć zwyczaj wschodni gole-

nia włosów niewiastom na częściach rodnych. Zarost brody u mężczyzn dość często znacznie także rzedniał. W przypadkach wysypki na twarzy, zajmującéj skórę brwi, uważaliśmy i wypadanie włosów z brwi. Niekiedy brwi prawie zupełnie wypadły, nadając tym sposobem charakterystyczny wyraz twarzy.

Wybitnych zmian kiłowych na paznogciach nie zdarzyło nam się ani razu w naszych przypadkach widzieć. Zmiany dość często napotykane ograniczały się do lekkiéj „*onyxis.*" Polegały one na zgrubieniu paznogcia i na jego wielkiéj kruchości. Paznogieć taki był zwykle na końcu jakby ząbkowany.

Błony śluzowe brały udział w większéj części naszych przypadków w objawach kiły wtórorzędnéj. Objawy te, pod wieloma względami podobne do wysypek skórnych, tylko ze względu na różną budowę anatomiczną błony śluzowéj modyfikowane, występowały już w postaci zwykłego nieżytu, już to niewinnie wyglądających nadżerków, już to guzków sączących lub przerosłych, albo wreszcie w postaci mniéj lub więcéj głębokich owrzodzeń.

Prócz na istotnych błonach śluzowych napotykaliśmy kłykciny sączące (*plâques muqueuses, condylomata lata, papulae humidae*) także na tych miejscach skóry, które stanowią niejako przejście do błon śluzowych, lub które skutkiem warunków, w jakich się znajdują (ciepło, wilgoć itd.), są więcéj usposobione do zmiany tego rodzaju. Spotykaliśmy więc kłykciny sączące szczególniéj na częściach rodnych. Zmiany te występowały szczególniéj stale i różnorodnie u kobiet. Najwięcéj ulubionėm ich siedliskiem były wargi większe, mniejsze i fałd udowy. U kobiet, które się nie leczyły już w początkach wybuchu kiły wtórorzędnéj, a które przytém wcale nie należały do osób dbałych o czystość, kłykciny już to w postaci nadżerków, guzków sączących, guzków przerosłych już to owrzodzeń pokrywały w sposób kolosalny całe części rodne. — U mężczyzn kłykciny sączące najczęściéj występowały na mosznach, następnie na żołędzi, napletku i skórze prącia, rzadko stosunkowo na wewnętrznéj

powierzchni ud. W drugim rzędzie najczęstszą siedzibą kłykcin była okolica rzyci. Tutaj częściéj napotykaliśmy kłykciny wybitne u mężczyzn niż u kobiet. Na trzeciém miejscu co do częstości występowały zmiany kiły drugorzędnéj na błonie śluzowéj migdałków, podniebienia miękkiego, policzków, języka i warg. Zmiany te spostrzegaliśmy u 82 chorych. Częściéj występowały one u mężczyzn niż u kobiet. Dotyczy to szczególniéj kłykcin na wargach i języku. Zmiany większe, w postaci owrzodzeń, umieszczone na migdałkach lub podniebieniu miękkiém, sprawiały choremu ból przy połykaniu. Również bolesnemi były kłykciny języka. Z innych miejsc napotykaliśmy jeszcze kłykciny między palcami u nóg (u 8 kobiet). Kłykciny te sprawiały ból chorym i bardzo utrudniały chodzenie. Dość stosunkowo często, głównie znów u mężczyzn, występowały drobne kłykciny na skrzydłach i na przegrodzie nosowéj, tudzież czasem w częściach nieco wyżéj położonych. W dwóch przypadkach u mężczyzn kłykciny obok innych miejsc znajdowały się także na powiekach. Tutaj głównie na ciałku łzowém i na spoidle. U trzech kobiet siedzibą kłykcin były sutki, mianowicie ich strona przylegająca do skóry piersiowéj. U dwóch wreszcie chorych znajdowały się kłykciny pod pachami.

Tutaj także należy wspomnieć o zmianach wtórorzędnych w krtani. Wydarzyły się one w naszych przypadkach 17 razy, mianowicie u 9 kobiet i u 8 mężczyzn. Zmiany te podmiotowo objawiały się chrypką, drapaniem w gardle a czasem i kaszlem. Badanie najczęściéj wykazywało mniéj lub więcéj rozwinięty nieżyt więzadeł i nagłośni połączony dość często z nadżerkami powierzchownemi, niczém się tak dalece nieróżniącemi od innych tego rodzaju nadżerków nieżytowych.

Stałym objawem kiły wtórorzędnéj było obrzmienie pewnych grup gruczołów limfatycznych. W naszych przypadkach obrzmienie to napotykaliśmy u 115 chorych w mniejszym lub większym stopniu rozwinięte i występujące w jednym lub kilku kompleksach gruczołów limfatycznych. W jednym i jedynym przypadku nie znaleźliśmy obrzmienia gruczo-

łów ani w pachwinie ani na karku, ani na szyi, ani pod szczękami, w ogóle nigdzie.

Leopold J. rzeźnik, l. 30, przybył do nas 11 lipca 1883. Badanie wykazało: *Syphilis secundaria recens maculopapulosa, papulae humidae ad labia oris nec non ad palatum molle et ad glandem penis, cicatrix indurata ad radicem penis, adenopathia nulla.*—Chory miał dostać szankra przed 6 miesiącami. Wtedy miano mu podać pigułki *e Kalio jodato*. Przed 14 dniami miała wystąpić wysypka obecna.—Przebieg był w ogóle łagodny. — Po 24 injekcyjach podskórnych sublimatu kiła zupełnie ustąpiła. Czy i jak prędko kiła się odnowiła, nie wiemy, chory bowiem więcéj do nas nie powrócił.—Czyżby w tym przypadku wczesne podanie jodku potasu miało wpłynąć na nierozwinięcie się obrzmienia gruczołów limfatycznych?

Najczęściéj spotykaliśmy obrzmienie gruczołów karkowych (*glandulae cervicales posteriores*, rzadziéj *anteriores*). Obrzmienie wybitniejszém było zwykle u mężczyzn niż u kobiet. W przypadkach wysypki syfilitycznéj na głowie, obrzmienie zawsze bywało mocniejszém. Zazwyczaj tylko pojedyńcze gruczoły były obrzękłemi. W kilku jednak przypadkach cała plejada gruczołów karkowych była mocno obrzmiałą, twardą, połączona między sobą tkanką, tak że stanowiła zupełnie identyczną zmianę z tém, co nazywają „*Bubo strumosus.*“ W drugim rzędzie co do częstości po gruczołach karkowych tylnych i przednich idą gruczoły kołogardzielowe na brzegu mięśnia zginacza głowy. Gruczoły te były zwykle wyrazem zmian syfilitycznych w gardle. W trzecim rzędzie stoją w naszych przypadkach gruczoły podszczękowe. Obrzmienie ich także zwykle towarzyszyło zmianom kiłowym na błonie śluzowéj jamy ust. O wiele rzadziéj napotykaliśmy obrzmienie gruczołów podjęzykowych, kołousznych, pachowych itd., nieco częściéj zas znów obrzmienie gruczołów barkowych. Obrzmienie gruczołów w tych przypadkach, w których mieliśmy sposobność spostrzegać kiłę wtórorzędną od chwili pierwszych zmian, występowało zwykle w końcu pierwszego tygodnia. Utrzymywało się zaś przez cały czas trwania zmian wtórorzędnych. Nawet po ustąpieniu

zmian wtórorzędnych gruczoły obrzmiałe, jakkolwiek znacznie się zmniejszyły, utrzymywały się jeszcze stale przez czas długi.

Zmiany kiłowe w oku w czasie kiły wtórorzędnéj stosunkowo rzadko napotykaliśmy. Przyczyną tego jest, że przeważna część takich chorych poddaje się właściwemu leczeniu w klinice okulistycznéj prof. Rydla. Najczęstszą postacią, napotykaną przez nas, było zapalenie tęczówki. Wystąpiło ono u 11 chorych, 9 kobiet a 2 mężczyzn. Zazwyczaj zapalenie występowało w późniejszym czasie kiły wtórorzędnéj, nie rzadko w czasie kiły odnawiającéj się. Zwykle dotyczyło jednego oka. W jednym tylko przypadku (u kobiety) wystąpiło na obydwóch oczach. W tym przypadku dość zadawnionym, chociaż zapalenie ustąpiło zupełnie, silne zrosty oparły się wszelkiemu leczeniu. Zapalenie naczyniówki spotykaliśmy w jednym przypadku u kobiety. Kobieta ta mimo 32 wcierań wyszła z kliniki tylko z miernêm polepszeniem wzroku. W dwóch przypadkach leczyliśmy (u mężczyzn) *neuro-retinitis*. Oba przypadki opuściły klinikę ze znaczną poprawą wzroku.

Zapalenia okostny i w ogóle objawy kiły wtórorzędnéj w układzie kostnym wystąpiły w 26 przypadkach, tj. u 17 kobiet i u 9 mężczyzn. Objawy te kiły wtórorzędnéj polegały albo na istotném zapaleniu okostny, lub téż tylko na szczególniejszéj bolesności ograniczonych części układu kostnego, bez wyczuć się dających zmian jakichś anatomicznych. Zapalenie okostny istotne najczęściéj napotykaliśmy na kości goleniowéj, a następnie na obojczyku, na mostku, na wyrostkach łopatki, na żebrach, na kości czołowéj itd. Zapalenie to zwykle występowało w pierwszych okresach kiły wtórorzędnéj i po leczeniu miejscowém i wewnętrznêm szybko ustępowało. Drugi rodzaj cierpienia kości występował najczęściéj także w początkach kiły wtórorzędnéj. Zajmował on najczęściéj kości więcéj odsłonięte, niepokryte tak bardzo mięśniami, tłuszczem itd., szczególniéj różne wyrostki kostne w okolicy stawów. Chorzy skarżyli się tutaj na ból wzmagający się, podobnie jak w

istotném zapaleniu okostny, ku wieczorowi; ból ten był na miejscu ograniczoném, miejsce to bolesne bardzo przy dotyku nie wykazywało jednak żadnéj wypociny, albo jakiejkolwiek zmiany anatomicznéj.

Tutaj także nadmienić muszę o bólach, które w naszych przypadkach dość często występowały, szczególniéj w samych początkach wysypki, w kościach czaszki i czasem na mostku, bardzo często w towarzystwie gorączki. Chorzy tacy skarżyli się zwykle na mocny ból głowy. Przy dokładném obmacywaniu głowy znajdowało się zawsze pałę miejsc bolesnych, w których jednak zmian żadnych odkryć nie było można. Podobne cierpienie występowało, tylko o wiele rzadziéj, na mostku. Tutaj najczęściéj na rękojeści lub na wyrostku mieczykowatym (*cephalalgia, sternalgia syphilitica*).

W kilku przypadkach wystąpiły także mocne bóle w bokach piersi, odpowiadające bardzo rodzajem bólów i umieszczeniem bólom towarzyszącym zapaleniom opłucny. Badanie jednak nie wykazywało zmian żadnych, a zatém i bóle te tutaj podporządkować należy (*pleurodynia*).

Cierpienie stawów w czasie kiły wtórorzędnéj spostrzegaliśmy u 3 mężczyzn i 5 kobiet. W 7 przypadkach cierpienia te ograniczały się tylko do bólów w stawach, najczęściéj łokciowych, obojczyko-mostkowych i kolanowych, bez wykazać się dającéj jakiéjkolwiek wypociny. W jednym tylko przypadku u chorego mężczyzny (którego historyję przytoczyliśmy powyżéj mówiąc o wysypce niesztowicowéj Nr. 2), zapaleniu w stawach łokciowych towarzyszyło obrzmienie i zaczerwienienie skóry, a wewnątrz torebki stawowéj nagromadzenie wypociny. Cierpienie stawów w naszych przypadkach występowało zwykle w późniejszym przebiegu kiły wtórorzędnéj. Znaczenia wielkiego cierpienia te nie miały. Zwykle po leczeniu ogólném w krótkim czasie ustępowały.

Dość częstemi były w naszych przypadkach objawy kiły wtórorzędnéj w układzie nerwowym. Występowały one raz jako bóle właściwe głowy, to znów jako nerwice w ró-

żnych gałęziach nerwowych, to znów jako bezsenność, jako bicie serca, osłabienie itp. lub wreszcie jako porażenie.

Bóle głowy charakterystyczne częściéj napotykaliśmy u kobiet niż u mężczyzn. Odróżniały się one tém od wyżéj opisanych bólów polegających na zmianach w układzie kostnym, że ból przy ucisku wcale się nie wzmagał, owszem chorzy czasem nawet uciskali głowę rękami twierdząc, że im to ulgę sprawia. Bóle te miały wielkie podobieństwo do migreny. Najczęściéj wzmagały się ku wieczorowi, jak wszystkie objawy bolesne kiły, czém się znów różniły od migreny. Bóle te zresztą zwykle trwały dni kilka, zmieniając się tylko co do natężenia. Najczęściéj ból taki głowy napotykaliśmy w pierwszych początkach kiły wtórorzędnéj, zwykle nieco cięższéj. Już w pierwszych dniach leczenia antisyfilitycznego ból ten zmniejszał się i zwykle w ciągu tygodnia przy podawaniu rtęci ustępował.

Kilku naszych chorych, zarówno mężczyzn jak i kobiet, skarżyło się na bezsenność, nie z przyczyny jakiegokolwiek bólu lub gorączki, jedynie tylko z przyczyny, że sen żadną miarą nie chciał im skleić powiek. Bezsenność taka występowała tak w początkach kiły wtórorzędnéj, jak i w późniejszych okresach, zwykle powtarzając się co jakiś czas przez dni parę.

Dość częstemi były objawy nerwowe, polegające na zawrocie głowy, przemijającym a często się powtarzającym, na biciu serca, na nudnościach itp., w ogóle objawy, opisywane pod zbiorowém mianem „*asthenia nervosa.*“

Nerwice rzadko występowały w naszych przypadkach. Spostrzegaliśmy je tylko dwa razy, i to obydwa razy u mężczyzn w rozgałęzieniach nerwu troistego. Porażenie w przebiegu kiły wtórorzędnéj spotkaliśmy u naszych chorych cztery razy, tj. trzy razy u mężczyzn a raz u kobiety. Porażenia występowały zawsze w późniejszym czasie kiły drugorzędnéj i dotyczyły albo pojedynczych gałęzi nerwu okoruchowego (trzeciéj pary) lub téż szóstéj pary. Objaw ten nie przedstawiał zresztą nic charakterystycznego, znamieniem jego było tylko to, że porażenia niczemu innemu przypisać

nie było można, i że wszelkie leczenie z wyjątkiem antisyfilitycznego, było bezskutecznėm.

Róża (*Erysipelas)* powikłała przebieg kiły świeżėj wtórorzędnėj w jednym przypadku u kobiety z wysypką różycowo-guzkową i licznemi kłykcinami na częściach rodnych i w gardle. Przebieg róży łagodnėj wpłynął bardzo modyfikująco na kiłę. Podobnie jak w innych przypadkach, tak licznie w literaturze tego dziwnego objawu patologii opisanych, tak i tutaj kłykciny ustąpiły a wysypka znikła.

W końcu tego sprawozdania o objawach kiły wtórorzędnėj wspomnieć muszę o przebiegu ciąży u naszych pacyjentek, kiłą zarażonych. Kobiet zarażonych ciężarnych leczono w klinice 12. Siedm opuściło klinikę przed ukończeniem się ciąży, skoro tylko usunięto objawy kiły. O tych więc nic nie wiemy, jaki wpływ wywarła kiła na dalszy przebieg ciąży i na płód. Z pięciu przypadków pozostałych u czterech ciężarnych poród nastąpił w siódmym lub ósmym miesiącu ciąży. Płód był nieżywy i zmacerowany. Sekcyja płodów tylko w jednym wykazała zmiany kiłowe, mianowicie w nasadach kości udowych. Tylko w jednym przypadku dziecko przyszło na świat donoszone i zdrowe. Wywiady i przebieg kiły w tym przypadku wykazały, że matka dziecka została zarażoną w pierwszėj połowie ciąży. We wszystkich dwunastu przypadkach kiły u ciężarnych zauważyliśmy brak wszelkiėj wysypki kiłowėj na skórze. Za to stale występowały kłykciny tak na częściach rodnych jak i na błonach śluzowych gardła i ust. Zazwyczaj na częściach rodnych kłykciny były szczególniėj mocno rozwinięte, liczne, w postaci owrzodzeń, guzków sączących i przorosłych. Kłykciny te leczeniu większy opór stawiały niż u kobiet nieciężarnych. Co do występowania innych objawów kiły, to nic szczególniejszego niezauważyliśmy. Jedynie tylko ogólne odżywienie więcej cierpiało skutkiem tego powikłania. Niedokrewność rozwijała się więcėj, niż u innych kobiet zarażonych. Przypadłości nerwowe, jak bóle głowy, nerwice żołądka, bóle mięśniowe często występowały. Również kobiety takie dużo cierpiały na brak apetytu, niestrawność, nudno-

ści, wymioty itd., co w znacznéj części pozostawało w związku z ciążą. Po odbytym połogu objawy te zupełnie ustępowały. Przebieg dalszy kiły był w ogóle lepszy, kłykciny szybko się goiły, a odżywienie i stan ogólny w krótkim czasie znacznie się poprawiały.

W trzech przypadkach spotkaliśmy się z kiłą u dzieci, najprawdopodobniéj nabytą. Trzej nasi mali nieszczęśliwi pacyjenci, byli w wieku od $1\frac{1}{2}$ do 5 lat. W dwóch przypadkach nie udało nam się wyśledzić, w jaki sposób dzieci zostały zarażone. W trzecim przypadku dziewczynka półtoraroczna zaraziła się od matki mężatki, która służyła za mamkę do dziecka kiłowego. Objawy kiły w dwóch przypadkach ograniczały się do kłykcin sączących na częściach rodnych i na wargach ust. W trzecim zaś przypadku u dziewczynki pięcioletniéj prócz kłykcin sączących wystąpiła także wysypka różyczkowa na skórze. Zresztą przebieg kiły łagodny niczém się nie różnił od przebiegu téj choroby u osób dorosłych.

III. *Syphilis secundaria recidiva.*

Na kiłę wtórorzędną odnawiającą się leczono 43 mężczyzn i 41 kobiet, razem 84 chorych. Czas leczenia wynosił średnio $14\frac{1}{2}$ dnia.

Kiła wtórorzędna odnawiała się najczęściéj w postaci kłykcin sączących. Rzadziéj o wiele zmianom tym towarzyszyła wysypka na skórze. Cechowało kiłę odnawiającą się umiejscowienie się kłykcin. Podczas gdy w kile wczesnéj świeżéj najczęstszą siedzibą kłykcin były części rodne i ich okolica, to w kile odnawiającéj się najczęściéj napotykaliśmy guzki wilgotne na błonie śluzowéj jamy ust. Ztąd téż kiła odnawiająca się ma tak ogromne znaczenie ze względu na rozszerzanie się téj choroby czy to przez pocałunek, czy w jakikolwiek inny sposób, jedynie tylko za pomocą nader nieznacznych kłykcin na wargach, które znów są ulubioném miejscem ich sadowienia się. Kłykciny sączące najliczniéj występowały w pierwszych okresach kiły odnawiającéj się. Czém zaś późniéj kiła się odnawiała, tém mniéj liczne i mniejsze były kłykciny sączące. W niektórych przy-

padkach późnéj i już niejednokrotnie odnawiającéj się kiły jedynym objawem jéj były nieznaczne kłykciny sączące na migdałkach lub na podniebieniu miękkiém.

Wysypka na skórze w kile odnawiającéj się wystąpiła tylko w 18 przypadkach, t. j. u 7 kobiet a 11 mężczyzn. Najczęstszą postacią wysypki była wysypka guzkowa a następnie różycowa. Wysypka guzkowa występowała zwykle tylko w postaci nielicznych guzków soczewicowatych lub większych łuszczących się. Zwykle guzki te usadowione były na jakiémś ograniczoném miejscu. Najczęściéj stosunkowo napotykano je na karku. Różyczka w kile odnawiającéj się różniła się zazwyczaj od takiéj saméj wysypki kiły wczesnéj świeżéj wielkością znaczniejszą plam, ich rozłożeniem tylko na małych przestrzeniach skóry, a obok tego często i kształtem. Albowiem podczas gdy różyczka w kile świeżéj występowała najczęściéj w postaci drobnych, gęsto rozsianych plam różowych o niewyraźnych zarysach, — to w kile odnawiającéj plamy te były zwykle o wiele wybitniejsze, większe, o zarysach więcéj wyraźnych, często w postaci całkowitych lub niezupełnych obrączek (*roséole circinée*) lub téż plam owalnych, eliptycznych. Przytém wysypka różycowa kiły odnawiającéj się była zwykle trwalszą niż w kile wczesnéj.

Nierzadko spotykano się w kile odnawiającéj z cierpieniami ócz, szczególnie z zapaleniem tęczówki, daléj z bólami i zapaleniem w różnych stawach, z nerwicami i porażeniami pojedynczych gałęzi nerwowych, bólami mięśniowemi itd. O wszystkich tych objawach mówiliśmy już obszerniéj przy kile wtórorzędnéj wczesnéj.

W leczeniu kiły wtórorzędnéj używaliśmy przedewszystkiém preparatów rtęciowych. Reguła ta jednak nie była bez wyjątków. W przypadkach bowiem kiły złośliwéj u ludzi źle odżywionych, niedokrewnych lub charłaczych przystępowaliśmy tylko w razach nadzwyczajnych odrazu do leczenia rtęcią. Wychodziliśmy tutaj z zapatrywania, potwierdzonego licznemi doświadczeniami i spostrzeżeniami, że

rtęć działa do pewnego stopnia upośledzająco na wszystkie czynności ustroju i skutkiem tego nie mało podkopuje odżywienie. Woleliśmy więc w takich razach, niechcąc powiększać jeszcze bardziéj i tak już wybitnego charłactwa, odżywiać dobrze chorego, podawać mu środki wzmacniające, jak dobre wino, piwo, żelazo z chininem itp. a prócz tego stosować jod, który również bez wątpienia jest środkiem przeciwkiłowym, chociaż w objawach kiły świeżéj nie tak skutecznym jak rtęć.

Rtęć stosowaliśmy albo wewnętrznie, albo podskórnie, albo za pomocą wcierań. Wybór jednéj z tych metod zależnym był od przypadku i od szczegółowego wskazania. Ogólnie przyjętą była metoda stosowania rtęci podskórnie. Metoda ta bowiem ma bardzo wiele zalet i góruje, zdaniem naszém, nad innemi. Rtęć w postaci wstrzykiwań podskórnych stosowana wymaga znacznie mniéj zachodu od wcierań a pod względem działania zazwyczaj im nie ustępuje. Przytém lekarz jest w stanie zawsze dokładnie oznaczyć dawkę, jaką chce wprowadzić do ustroju, podczas gdy to przy podawaniu rtęci w postaci wcierań, a nawet wewnętrznie, jest prawie niemożebném. Zaleta ta jest niemałą, jeżeli chcemy leczyć według pewnych ścisłych zasad umiejętności. Ustrój ludzki znosi znakomicie wstrzykiwania. Zaburzenia ze strony narządu pokarmowego o wiele rzadziéj występują niż po podawaniu rtęci wewnętrznem lub nawet i po wcieraniach. Chorzy nie są tak narażeni na zaziębienie się przy nadarzającéj się lada jakiéj sposobności, jak to ma miejsce przy stosowaniu wcierań. Dla tego téż używaliśmy wstrzykiwań podskórnych i w leczeniu chorych ambulatoryjnych w każdéj porze roku, na co nie moglibyśmy się odważyć przy metodzie wcierań. Wiadomo bowiem powszechnie, jak ustrój w czasie leczenia wcieraniami jest drażliwym i skłonnym do powstawania wszelkiego rodzaju chorób z zaziębienia i nieodpowiedniego zachowania się. Czegoś podobnego przy robieniu wstrzykiwań nigdy nie zauważyliśmy. W żadnym przypadku nie zauważyliśmy, aby pod wpływem rtęci stosowanéj podskórnie występował ten upadek sił, wychudnie-

nie, brak apetytu, apatyja, które niejednokrotnie zdarza się widzieć jako następstwa dłuższego używania rtęci czy to wewnętrznie, czy téż za pomocą wcierań. Rtęć z ustroju o wiele szybciéj się wydziela, niż po wcieraniach, krócéj więc ustrój jest pod jéj działaniem. Téj okoliczności może należy przypisać, że wstrzykiwania nie sprowadzają takiego charłactwa jak wcierania. Ze względu na czystość i wygodę chorzy przenoszą wstrzykiwania nad wcierania. U nas w klinice czas leczenia wstrzykiwaniami był zawsze krótszym niż przy robieniu wcierań. Objawy kiły odnawiającéj się po wstrzykiwaniach były zawsze łagodne i po zastosowaniu znów kilku lub kilkunastu wstrzykiwań szybko ustępowały. Te zalety metody, głównie rozpowszechnionéj przez Lewina, z pewnością zmniejszyłyby już były używanie innych metod *ad minimum*, gdyby nie jedna jéj nader ujemna strona, a któréj dotąd, mimo różnych prób, usunąć się nie udało. Oto wstrzykiwania podskórne sprawiają ból, dla którego w niektórych przypadkach, u osób drażliwych, szczególniéj nerwowych kobiet, trzeba ich zaniechać. Ból ten, występujący zaraz po zastrzyknięciu, wzmaga się bardzo w ciągu pół godziny, poczém zwolna ustępuje. Zawsze jednak po kilkunastu nawet godzinach miejsce zastrzyknięcia jest przy ucisku bardzo dotkliwém. Niektórzy zarzucają, że po nich łatwo ropnie powstają. Według naszego doświadczenia przyczyną ropni jest li tylko złe zastrzykiwanie sublimatu. Jeżeli bowiem zastrzyknięty sublimat dostanie się w tkankę saméj skóry, to oprócz wiele silniejszego bólu, wywołuje przytém zawsze obrzmienie dotkniętego miejsca skóry lub wytworzenie się ropnia. Jeżeli zaś igła przebije całą grubość skóry a sublimat dostanie się tylko do tkanki łącznéj podskórnéj, wtedy ropień nigdy nie powstanie. Również téż uważać bardzo należy na czystość igły i mającego się zastrzyknąć płynu. Zachowując te ostrożności nigdyśmy w naszych przypadkach nie mieli żadnych ropni po zastrzykiwaniu podskórném któregokolwiekbądź preparatu rtęciowego.

Wstrzykiwaniami więc, jak już wspomnieliśmy, leczyliśmy przeważną część naszych przypadków kiły drugorzędnéj. Wyjątek stanowiły w tém leczeniu na pierwszém miejscu ciężarne kobiety, u których zachodziła obawa, że skutkiem bólu wywołanego zastrzyknięciem może na drodze odruchowéj przyjść do przedwczesnego porodu. Prócz tego nie robiliśmy wstrzykiwań u chorych, którzy albo z powodu zbytniéj drażliwości nie mogli znosić bólu zastrzyknieniami wywołanego, lub téż u których w ogóle przeciwwskazane było użycie rtęci, albo wreszcie w przypadkach kiły ciężkiéj; u osób osłabionych, u których po leczeniu przygotowawczém, wskazaném już było użycie rtęci, ze względu jednak na bóle, jakie wstrzykiwania wywołują i ze względu na ich energiczne działanie, woleliśmy ich zaniechać a polecić wcierania

Zazwyczaj do wstrzykiwań używaliśmy rozczynu sublimatu, przepisując go: *Rp. sublimati corrosivi 1·00 Natri chlorati 10·00 Aq. destillatae 100·00.* Z tego rozczynu wstrzykiwaliśmy jako dawkę dzienną jednorazową całą strzykawkę jednogramową Pravaza, a zatém jeden centigram sublimatu. Morfinu do rozczynu powyższego nie dodawaliśmy, uważając dodatek ten za nieodpowiedni. Zwykle bowiem już po 24 lub 36 godzinach prawie cała ilość morfinu wydzielała się, strącona sublimatem, który jest jednym z ogólnych odczynników na alkaloidy. Nader mała ilość morfinu, jaka mogłaby się w rozczynie utrzymać, wynosiłaby w codziennéj dawce tak homeopatyczną ilość, że o jéj działaniu ani nawet mowy być nie może. W pewnéj liczbie przypadków próbowaliśmy dodawać rozczynu morfinu do każdéj dawki sublimatu w ilości mniéj więcéj $^1/_2$ do 1 centigrama czystéj soli morfinowéj. W takich razach morfin działał i istotnie ból zmniejszał, lecz nie do tego stopnia, jakby się po takiéj ilości morfinu spodziewać można było. Morfin bowiem działał zaraz po zastrzyknięciu, podczas gdy najsilniejszy ból po zastrzyknięciu sublimatu występował późniéj i przetrzymywał działanie morfinu. Zresztą przy znanéj łatwości, z jaką ustrój ludzki przyzwyczaja się do morfinu, trzebaby dawkę

tego alkaloidu ciągle zwiększać, co nie byłoby odpowiedniém i do żadnego nie doprowadziłoby celu.

Wstrzykiwania zwykle robiliśmy pod skórę pleców lub pośladków, miejsca te bowiem są najmniéj czułe. Szczególniéj odpowiedniemi dla wstrzykiwań są pośladki, raz dla swéj małéj czułości, powtóre ze względu na grubą warstwę tkanki podskórnéj. Zwyczajem przyjętym w klinice naszéj było robienie przez dwa dni z rzędu zastrzykiwań a pozostawienie w dniu trzecim przerwy. Codzienne zastrzykiwania łatwo i prędko sprowadzały zapalenia dziąseł.

Ze wszystkich przetworów rtęciowych, do wstrzykiwań polecanych, rozczyn sublimatu, według formy wyżéj przytoczonéj, jest najlepszym. Przewyższa on je nietylko co do siły leczniczéj, ale także pod wielu innemi względami. Przetwory takie, jak białkan rtęci, peptonian rtęci, a nawet sinek rtęci w rozczynie łatwo ulegają rozkładowi. Ztąd téż ilość rtęci w rozczynie znajdująca się jest zmienną. Obok tego w czasie rozkładu wydzielają się różne osady, które płyn mącą i mogą dać powód do powstawania ropni. Ból wywołany zastrzykiwaniami sublimatu wcale większym nie jest niż po użyciu innych preparatów, tak, że ta główna wada wszystkim środkom do zastrzykiwania używanym jest w równéj mierze wspólną.

W roku zeszłym robiliśmy próby z preparatem tak gorliwie zalecanym przez Liebreicha. Preparat ten *hydrargyrum formamidatum* mimo sławy, jaka użycie jego naprzód już poprzedziła, nie wytrzyma krytyki ścisléj. Myśmy stosowali go w 29 przypadkach, lecz nieodkrywszy w nim żadnych z wysławionych zalet porzuciliśmy go. Mrówkoamid rtęciowy jest przedewszystkiém przetworem niestałym, łatwo zmieniającym w rozczynie swój skład chemiczny. Głównéj zalecie jego, że bólu nie wywołuje, nasi przynajmniej chorzy jednogłośnie zaprzeczyli. Dla porównania robiliśmy naprzemian w paru przypadkach zastrzykiwania już to sublimatem, jużtéżto mrówkoamidem rtęciowym. Chorzy na jedno zgadzali się, że tak po jednego jak i drugiego rodzaju wstrzyknięciu mają ból, — co do natężenia zaś bólu zdania były po-

dzielone, tak że przypuszczać musimy, że nie ma w tym względzie żadnéj różnicy między obydwoma temi preparatami rtęciowemi. Mrówkoamid rtęciowy działał o wiele wolniéj, trzeba téż było o wiele więcéj wstrzykiwań z niego zrobić niż ze sublimatu, aby usunąć zmiany kiłą drugorzędną wywołane. W tych przypadkach, w których mieliśmy sposobność widzieć odnawiającą się kiłę, przekonaliśmy się, że kiła ta po wstrzykiwaniach z mrówkoamidu rtęciowego o wiele rychléj występowała i o wiele silniéj a uporczywiéj niż po wstrzykiwaniach sublimatem.

Ze względu na brak miejsca w klinice, jakotéż ze względu na koszta leczenia szpitalnego, zatrzymywaliśmy chorych kiłowych tylko tak długo, póki zmiany ze skóry i błon śluzowych nie ustąpiły, bacząc przedewszystkiém na to, aby chory opuścił zakład w takim stanie, że już nie był niebezpiecznym dla społeczeństwa przez roznoszenie kiły. Do tego celu, stosownie do nasilenia objawów, wystarczało nam w kile wtórorzędnéj świeżéj 20 do 30 zastrzyknięć sublimatem. W kile odnawiającéj się robiliśmy zazwyczaj o połowę mniej wstrzykiwań. Średnio biorąc, w ciągu dwóch lat, sprawozdaniem objętych, chorzy, którzy stale wracali do nas z nawrotami objawów kiłowych, dostali 50 do 70 wstrzykiwań rtęciowych. Ponieważ na podstawie większości przypadków przypuścić można, że leczenie kiły drugorzędnéj wymaga średnio dwóch lat czasu, a zatém do wyleczenia kiły drugorzędnéj potrzeba było w naszych przypadkach średnio 50 do 70 wstrzykiwań sublimatem po 0·010 na dawkę, t. j. 0·50 do 0·70 sublimatu czystego. Jestto w porównaniu z wcieraniami ilość rtęci nader mała, jakiéj potrzeba do usunięcia zmian kiły drugorzędnéj. Myśmy używali w klinice wcierań po 3 grm. na dzień, którato dawka zatém zawiera 1.50 grama rtęci metalicznéj!

Rtęć wewnętrznie podawaliśmy w tych przypadkach, w których chorzy nie znosili wstrzykiwań, a zmiany nie były tak wielkie, aby wymagały wcierań. Przedewszystkiém więc używaliśmy téj metody leczniczéj u kobiet nerwowych, które po wstrzykiwaniach dostawały spazmów.

Wewnętrznie podawaliśmy zwykle rtęć jako jodek rtęciawy w pigułkach. Preparat ten najmniéj drażni przewód pokarmowy, a chorzy użycie jego dłużéj znoszą niż sublimatu, który również podawaliśmy wewnętrznie w kilku przypadkach. Przytém sublimat ma smak obrzydliwy, długo się utrzymujący i przypominający. Jodek rtęciawy zapisywaliśmy zwykle w połączeniu z wyciągiem makowca, przez co zapobiegaliśmy występowaniu bólów i rozwolnieniu. Zwykłą formą ordynacyi było: *Rp. Protojodureti hydrargyri 1.00 Extr. opii aquosi 0.30, Extr. gentianae, Plv. quassiae q. s. ut. f. l. a. pill. quadraginta,* — a z tego podawano po 2 do 6 pigułek raz lub dwa razy dziennie.

Rtęć wewnętrznie podawana usuwała również dobrze zmiany kiłowe jak podskórnie lub w postaci wcierań stosowana. Jednakowoż leczenie trwało o wiele dłużéj i wymagało częstych przerw z powodu zaburzeń ze strony narządu pokarmowego. Przytém zauważyliśmy, że odżywienie chorych znacznie się pogarszało.

Wcierań rtęciowych używaliśmy w kile wtórorzędnéj wyjątkowo. Jak już wyżéj nadmieniliśmy, wyjątek ten stanowiły przypadki kiły ciężkiéj, uporczywéj, u ludzi osłabionych. Prócz tego używaliśmy wcierań u kobiet ciężarnych, w tych przypadkach, gdzie nam chodziło o usunięcie zmian przed porodem. U chorych takich bolesnych wstrzykiwań używać nie było można, a wewnętrzne podawanie rtęci również było niestosowném i poniekąd przeciwwskazaném.

Wcierania robiono według powszechnie przyjętéj metody, stosując na dzień po 3 gramy *Unguenti cinerei* (t. j. po 1.50 na każdą stronę). Zwykle chorych naszych, szczególniéj w porze letniéj, posyłaliśmy do kąpieli przed każdém wcieraniem, aby odpowiednio przygotować skórę. Wcierań nie robiliśmy jednym ciągiem bez przerwy, — lecz zwykle co trzeci lub piąty dzień pozostawialiśmy choremu pauzę. Tym sposobem nie męczyliśmy zbyt chorego i po części zapobiegiwaliśmy wystąpieniu mocniejszego zapalenia dziąseł i jamy ust.

Zwykle w naszych przypadkach potrzeba było do usunięcia kiły 30 do 50 wcierań. Wcierania bynajmniéj nie zapobiegały nawrotom objawów kiły; — wydarzały się one tak często jak po innych metodach leczniczych, a bodaj czy nie silniéj niż po wstrzykiwaniach podskórnych sublimatu. U dzieci z objawami kiły drugorzędnéj stosowaliśmy rtęć w postaci kąpieli sublimatowych. Kąpiele te równie dobrze działały jak inne metody leczenia rtęcią i usuwały szybko zmiany kiłowe.

W przypadkach wystąpienia nieco silniejszego zapalenia jamy ust, używaliśmy prócz wyżéj nadmienionego płókania 2% rozczynem chloranu potasowego i pędzelkowania z nalewki dębiankowéj, azotanu srebrowego *in substantia*. Dwu- lub trzechkrotne pociągnięcie miejsc owrzodziałych błony śluzowéj tym środkiem wystarczało do usunięcia tego nieznośnego następstwa leczenia rtęcią.

Jak już wyżéj nadmieniliśmy w przypadkach kiły bardzo złośliwéj u ludzi źle odżywionych, charłaczych, nie przystępowaliśmy odrazu do leczenia rtęcią, lecz obok dyjety pożywnéj i środków, mających na celu poprawę odżywienia, podawaliśmy jodek potasu. Środka tego używaliśmy zwykle w rozczynie 5%, podając go po łyżce stołowéj dwa lub trzy razy dziennie (t. j. prawie po 1 gramie jodku potasu na dawkę).

Jodek potasu jest bezwątpienia również środkiem przeciwkiłowym, w kile jednak drugorzędnéj działa słabiéj aniżeli rtęć. Mimo to w niektórych przypadkach widzieliśmy niezawodne jego skutki lecznicze. Szczególniéj uważaliśmy, że głębsze nacieki w skórze po podawaniu jodu prędzéj ustępują, że owrzodzenia powstałe skutkiem niesztowic lub brudźca kiłowego prędzéj się o wiele goją. W tych przypadkach, w których podawaliśmy jod w kile pierwszorzędnéj, uważaliśmy, że lek ten zwykle opaźniał wystąpienie objawów kiły drugorzędnéj. Również jod usuwał różne niemiłe objawy okresu zwiastunowego kiły drugorzędnéj, jak bóle głowy, bóle w stawach, mięśniach, kościach itd., a przede-

wszystkiém obrzęk gruczołów, mianowicie u skrofulicznych, jak również obniżał gorączkę.

Prócz leczenia ogólnego nigdy nie pomijaliśmy leczenia miejscowego kłykcin sączących tak na częściach rodnych, jak w okolicy rzyci, na błonie śluzowéj jamy ust itd. Leczenie to polegało zwykle na pędzelkowaniu kłykcin sączących rozczynem sublimatu. Do pędzelkowania najczęściéj używaliśmy 1% lub 2% rozczynu wodnego chlorku rtęciowego. Dawniéj używaliśmy rozczynu wyskokowego, przekonaliśmy się jednak, że rozczyn ten, sprawiający chorym mocny ból, nie ma żadnéj wyższości nad rozczynem wodnym. Jeżeli kłykciny sączące na częściach rodnych były bardzo duże i liczne, co się zdarzało u kobiet, używaliśmy metod leczniczych więcéj energicznych, jak posypywania kalomelem kłykcin wpierw zapędzelkowanych wodą chlorową (*sublimatum in statu nascenti*), przyżegania równoczesnego azotanem srebrowym *in substantia* i zynkiem metalicznym itd. Jeżeli po znacznych kłykcinach pozostały nacieki, pokryte grubszą warstwą przyskórka lub przybłonka, nieustępujące już tak łatwo przy zwykłém leczeniu, stosowaliśmy na nie plaster rtęciowy, przez co znacznie przyspieszaliśmy ich wessanie. Kłykciny na błonie śluzowéj jamy ust i gardła albo pędzelkowaliśmy słabym rozczynem chlorku rtęciowego lub téż słabym rozczynem azotanu srebrowego.

Leczenie miejscowe kłykcin sączących ma szczególniéj wielkie znaczenie w kile odnawiającéj się u osób poprzód rtęcią leczonych. U osób takich kłykciny sączące szczególniéj łatwo występowały na błonie śluzowéj jamy ust i gardła. Na podstawie licznych naszych spostrzeżeń przyszliśmy do przekonania, że główną tego przyczyną jest pewnego rodzaju przewlekła *stomatitis mercurialis*. Pod wpływem rtęci błona śluzowa jamy ustnéj staje się nader wrażliwą, i z tego powodu jako *locus minoris resistentiae* błona ta śluzowa szczególniéj usposobioną była do wytwarzania się nacieków kiłowych. Nacieki takie łatwo bardzo rozpadały się i szerzyły w obwodzie, tworząc dość wielkie i głębokie nadżerki. Kłykciny takie nie tak łatwo, jak w warunkach zwykłych,

ustępowały. Szczególniéj miało to miejsce, jeżeli się stosowało znów dla usunięcia ich zwykłe leczenie przeciwkiłowe rtęcią, tak zewnętrznie jak wewnętrznie podawaną. Wtedy bardzo często zmiany na błonie śluzowéj miasto ustępować powiększały się, a nowe kłykciny na miejscach dotąd zdrowych występowały. W takich przypadkach, niejako przesycenia ustroju rtęcią, najodpowiedniejszém nam się okazało leczenie następujące: Choremu, dobrze odżywionemu, podawaliśmy wewnętrznie tylko jodek potasu lub jodoform (*Rp. Jodoformii 3.00—5.00 Extr. et plv. gentianae q. s. ut f. l. a. pill. quinquaginta. S.* Dwa razy dziennie po 2 do 4 pigułek), zewnętrznie zaś pociągaliśmy kłykciny albo lapisem *in substantia* lub rozczynem azotanu srebrowego lub téż wreszcie rozczynem jodu w glicerynie i jodku potasu. Po takiém leczeniu zmiany na wszystkich błonach śluzowych szybko się goiły a odżywianie chorego polepszało się znacznie.

III. *Syphilis tardiva.*

Na kiłę późną leczono w ciągu dwóchlecia sprawozdaniem objętego 36 chorych, tj. 20 mężczyzn i 26 kobiet. Nadmienić tutaj muszę, że tylko tacy chorzy dostawali się do naszéj kliniki, u których występowała przeważnie postać kilakowa, tworząca owrzodzenie skóry lub téż zmiany w gardle i kości. Znaczna liczba chorych ze zmianami kiły późnéj znajdowała pomieszczenie w oddziale chorób wewnętrznych, lub w oddziałach chirurgicznym i chorób umysłowych. Tak więc usuwały nam się z pod badania po większéj części wszelkie zmiany kiły późnéj w narządach wewnętrznych. Tym sposobem więc sprawozdanie nasze z tego zajmującego działu chorób kiłowych musi być jednostronném.

Kiła trzeciorzędna objawiała się w naszych przypadkach najczęściéj w postaci kilaków, lub téż owrzodzeń, powstających skutkiem ich rozpadu. Rzadziéj napotykaliśmy zmiany w kościach, systemie nerwowym i w ogóle w narządach wewnętrznych, najczęściéj zmiany kiłą późną wywołane w gardle, w krtani, a następnie w tkance skóry jakotéż i w tkance podskórnéj na podudziach, ramionach, piersiach itd. Stosunkowo rzadko występowały kilaki na no-

sie lub w jamie nosowéj, tylko w 6 przypadkach, u 4 mężczyzn i 2 kobiet. W 3 przypadkach siedliskiem kilaka było prącie. Przypadki takie są bardzo ważne, ze względu, że można łatwo pomięszać wrzód kilakowy z wrzodem zaraźliwym miękkim lub téż z wrzodem kiły pierwotnéj. Z tego powodu na wzmiankę zasługuje przypadek następujący:

J. K., urzędnik lat 25 liczący, przybył do nas w połowie stycznia rb. Opowiada, że we wrześniu utworzył mu się duży wrzód na żołędzi o wejrzeniu słoninowatém, który rozszerzył się do ujścia cewki moczowéj i sprowadził stulejkę. Lekarz rozpoznał wrzód twardy. Leczenie było czysto zewnętrzne. W październiku wystąpić miała wysypka krostkowa po całém ciele. Chory przebył wtedy leczenie przeciwkiłowe. Przed trzema laty miał wrzód na żołędzi, który uważano za wrzód miękki, i leczono go też odpowiednio. W kilka tygodni potém miało chorego boleć gardło, ale uważając to za objaw zwykły nieżytowy, nie szukał pomocy lekarskiéj. Wysypki ani kłykcin sączących wtedy nie spostrzegł. Ponieważ wrzód na prąciu nie goił się, a w końcu listopada wystąpiły silne bóle głowy, wzmagające się ku wieczorowi, bezsenność, widoczna utrata pamięci i osłabienie władz umysłowych, przeto chory, z porady lekarza, przybył do kliniki. Badanie w dniu 17 stycznia wykazało: *Ulcus ad glandem penis subseq. phimosi. Ulcera diphtheritica ad fauces. Acne vulgaris per totum corpus disseminata.* Chory jest nadzwyczaj drażliwy. Trudno mu często przypomnieć sobie wyrazów dla oddania myśli, uskarża się na ciśnienie w głowie i ból wzmagający się szczególniéj ku wieczorowi. Polecono wewnętrznie *Natrium jodatum* i odpowiednie leczenie zewnętrzne. Mimo tego ból głowy wzmagał się z dniem każdym, chory widocznie tracił pamięć, był jakby odurzony. W nocy 24 stycznia rozwinęło się porażenie połowicze po stronie lewéj. Chory spostrzegł je dopiero rano, podaje jednak, że najprzód stracił władzę w ręce. Ból głowy utrzymuje się. Polecono okłady zimne na głowę i *Inf. fol. sennae.* 25 stycznia ból głowy mniejszy. Wcierania z 6 grm. szaruchy na dzień. 26 stycznia z powodu lekkiego zapalenia dziąseł

wcierania dalsze z 3 grm. szaruchy na dzień. Czucie po stronie lewéj nieco upośledzone, wzrok zupełnie dobry. 28 stycznia wystąpiło częściowe porażenie *nervi abducentis et facialis sinistri.* 29 stycznia do objawów powyższych przystąpiła jeszcze *Alalia* niższego stopnia. 14 lutego ciągle wcierania. Mowa wyraźna powróciła. Bóle głowy ustąpiły. Przytomność umysłu znacznie lepsza, tak, że chory daje teraz niektóre wyjaśnienia o dawniejszym stanie zdrowia swego. 23 lutego po 24 wcieraniach chodzi z wielkim trudem o lasce. W ręce władzy żadnéj. Nerw twarzowy jeszcze porażony. 9 marca, po 40 wcieraniach chodzi dość dobrze, zawsze jednak o lasce, powłócząc nogą lewą. W ręce lewéj cośkolwiek władzy. Porażenie n. twarzowego ustąpiło. Polecono jodek i bromek sodu w równych częściach *(āā* 6.00 na 200 *Aq.).* 15 marca, pogorszenie. Chory znów utracił władzę w ręce. Chodzić nie może tylko z wielką trudnością. Zmiany w gardle zupełnie wyleczone. 16 marca wstrzymano dalsze używanie jodu, polecono znów wcierania po 3 grm. dziennie. 4 kwietnia chory zrobił znów 18 wcierań (razem 58). Polecono jodek potasu (10:200), 3 łyżki dziennie. 11 kwietnia wystąpiły kilaki i owrzodzenia kilakowe na podniebieniu miękkiém. Polecono pędzelkowanie nalewką jodową. Chory chodzi o lasce, zawsze jednak z trudnością. 25 kwietnia władza w ręku o tyle powróciła, że chory może utrzymać w niéj laskę i chodzić przy pomocy dwóch lasek. 10 maja polepszenie bardzo wolno postępuje. Według zdania odwiedzających krewnych chory nie odzyskał jeszcze téj przytomności umysłu, jaką miał dawniéj. 2 czerwca na żądanie rodziny chory opuszcza zakład w takim stanie, w jakim był na początku maja.

Najprawdopodobniéj więc mieliśmy tutaj do czynienia ze zmianą kiłową w naczyniach mózgowych. Za tém przemawiają bóle głowy bez wyraźnego umiejscowienia, poprzedzające czas jakiś porażenie rozwijające się zwolna i mimo energicznego leczenia nieustępujące w zupełności. — Porażenia takie na tle zmian w naczyniach mózgowych występują zwykle w późnych okresach kiły. Nader wyjątkowo

zdarzają się porażenia podobne w przebiegu kiły wtórorzędnéj wczesnéj, a wtedy zwykle po odpowiedniém leczeniu ustępują zupełnie. Wystąpienie wreszcie kilaków i owrzodzeń kilakowych na podniebieniu miękkiém przemawia za tém, że chory przed trzema laty nie miał wrzodu miękkiego, lecz twardy (z czém także zgadzać się zdaje lekarz domowy chorego, mający go w opiece w ostatniéj chorobie w liście do nas pisanym), że chory przebył zatém już przed trzema laty kiłę drugorzędną. Teraz zaś wrzód na żołędzi prącia był wrzodem kilakowym, a wszystkie następstwa odnieść należy do kiły późnéj.

Zmiany kiły późnéj błony śluzowéj krtani wystąpiły u naszych chorych 5 razy (u 4 mężczyzn i 1 kobiety). Zmiany te należały do bardzo uporczywych. W jednym przypadku, mimo wszelkiego leczenia, rozpowszechniły się po błonie śluzowéj głośni, nagłośni i gardle i prawdopodobnie pociągnęły śmierć za sobą. W dwóch przypadkach (u mężczyzn) kiła późna wystąpiła w postaci charakterystycznych objawów kiły nagminnéj. Obaj chorzy nie przypominali sobie, aby kiedykolwiek mieli wrzód twardy. Twierdzili tylko, że w wiosce ich ojczystéj więcéj osób podobnie choruje. Głównem znamieniem téj kiły były rozległe owrzodzenia, zajmujące cały tułów i odnogi dolne. W gardle i w narządach wewnętrznych, jakotéż w systemie gruczołowym, zmian żadnych wykazać nie było można. Charłactwo w miernym stopniu odnieść należy w części znacznéj do złych warunków, w jakich lud nasz górski żyje. W obu przypadkach leczenie rtęcią wewnętrzne i zewnętrzne osiągnęło świetne wyniki. W dwóch przypadkach powstały suchoty płucne w przebiegu kiły trzeciorzędnéj. Nie będziemy się jednak tutaj rozwodzić nad związkiem, jaki zachodzi między jedném a drugiém cierpieniem.

W końcu przytaczam historyję jeszcze dwóch przypadków kiły trzeciorzędnéj, szczególniéj w jednym kiły ciężkiéj, w których róża wikłająca przebieg kiły wpłynęła w sposób szczególniejszy na pierwotną chorobę.

J. F., wyrobnik l. 36 liczący, został przyjęty dnia 6 kwietnia 1883. U chorego dobrze odżywionego znaleźliśmy wtedy na lewém skrzydle nosa obrzęk wielkości śliwki, miękki przypominający trochę obrzęk, jaki wywołuje *Rhinoscleroma*, lecz różniący się konsystencyją znacznie miększą i powierzchnią, pokrytą licznemi wrzodami. Podobny guz lecz mniejszy wychodzi także z przegrody nosowéj. Pod kolanem lewém znajduje się także guz wielkości jaja gołębiego, twardy, nieprzesuwalny, wychodzący prawdopodobnie ze ścięgna mięśnia dwugłowego uda. Na prąciu blizna promienista. Podobna blizna na stronie wewnętrznéj uda lewego i na mostku. Wątroba macalna, konsystencyi zbitéj, o powierzchni jednak gładkiéj, stłumienie jéj zajmuje znacznie większe granice niż w warunkach prawidłowych. Śledziona znacznie powiększona, macalna, o brzegu grubym, zaokrąglonym, zbita. W moczu białka nie ma. W innych narządach zmian żadnych. Chory podaje, że żadnéj choroby wenerycznéj nigdy nie przebywał. Blizny na wewnętrznéj stronie uda, na mostku i na prąciu powstały przed paru laty po guzach, które otworzywszy się sprowadziły głębokie wrzody. Chory dotąd nigdy się na chorobę tę nie miał leczyć środkami wewnętrznemi. Rozpoznano: *Syphilis tertiaria, gummata alae nasi et septi narium, nec non ad internam partem genu. Cicatrices ad internam faciem femoris sinistri et ad penem post ulcera syphilitica.* Polecono *Kalium jodatum* wewnętrznie a plaster rtęciowy zewnętrznie. Do 15 kwietnia nie zauważano zmian żadnych. 17 kwietnia z okolicy guza na nosie rozwinęła się róża, która pośród zwykłych objawów przy silném natężeniu gorączki dochodzącém do 40,9° C. zajęła całą twarz, skórę głowy włosami pokrytą, kark i część szyi. Usunięto jod i polecono zwykłe leczenie przeciwgorączkowe. 28 kwietnia chory przestał gorączkować, a równocześnie guz na nosie i pod kolanem zaczął się szybko zmniejszać. 3 maja guz na nosie przeszło o połowę a guz pod kolanem znacznie mniejszy. Na tyle głowy guz wielkości jaja gołębiego zbity, bolesny, skóra na nim zaczerwieniona nieprzesuwalna. 5 maja w guzie na głowie wyraźne chełbotanie. Kataplazmo-

wanie. 9 maja guz w okolicy skrzydła nosowego zaledwo jeszcze widzialny, guz pod kolanem zmniejsza się ciągle. W guzie na głowie wybitne chełbotanie. 10 maja otworzono na głowie duży ropień, sięgający aż pod czepiec. Założono opatrunek jodoformowy. 29 maja chory opuścił klinikę zupełnie wyleczony, w miejscu guzów na skrzydle nosowém w przegrodzie nosa i pod kolanem ani śladu nie pozostało. Zmiany w narządach wewnętrznych jak w czasie przybycia chorego.

Widocznėm więc jest, że w naszym przypadku jedynie tylko róża sprowadziła tak szybkie wessanie guzów kiłakowych, i to nie tylko na obszarze, na którém się rozgościła, ale także i na częściach bardzo odległych, bo pod kolanem. Działaniu jodu nie możemy tego przypisywać, bo chory używał go tylko przez dni ośm po 2 gramy na dzień.

W drugim przypadku mieliśmy prócz zmian kiły trzeciorzędnéj na skórze głównie do czynienia ze zmianami w narządach wewnętrznych.

F. G., l. 26 liczący, służący, przybył 27 lutego 1883 r. Badanie wykazało: *Syphilis tardiva et quidem ulcus gummosum cruris sinistri. Cicatrices numerosae ad truncum et extremitates inferiores post ulcera syphilitica. Paralysis oculomotorii sinistri totalis. Nephritis parenchymatosa. Ascites et anasarca totius corporis.* Chory podaje, że w piątym roku życia został zarażonym i przebył kiłę, co wie od swoich rodziców. W kilka lat późniéj wystąpiły wrzody na ciele, po których obecne blizny. Choroba nerek miała wystąpić mniéj więcéj przed kilku miesiącami. Kiedy wystąpiło porażenie nerwu okoruchowego, chory na pewne podać nie umie, ma już jednak trwać przynajmniéj parę lat. W miejscu obecnego wrzodu na podudziu miał powstać w końcu stycznia obrzęk, który przed tygodniem sam się otworzył. Czy chory był leczony środkami antysyfilitycznemi, nie mogliśmy się na pewne dowiedzieć. Poleciliśmy *Kalium jodatum* 10:200, 2 łyżki dziennie. 1 marca badanie chemiczne moczu wykazało składniki prawidłowe w ilości normalnéj. Białka dość znaczna ilość. W osadzie ciałka ropy dość częste, ciałka

krwi pojedynczo, zwiększona ilość śluzu, wałeczki Belliniego dość często. 2/3 opuchlina zwiększa się coraz bardziéj. Wyraźne obrzmienie surowicze podniebienia miękkiego i nagłośni, *hydrothorax, ascites* większy. Mocz krwawy, zawiera znaczną ilość białka, zresztą składniki jak wyżéj prócz znacznie większéj ilości ciałek krwi białych i czerwonych. Wstrzymano jod, polecono zaś 4 proszki na dzień *chinini tannici* po 0,15 *pro dosi* i codzienną, godzinę trwającą, kąpiel dobrze ciepłą (na 45°C.). 6/3 opuchlina zmniejszyła się, apetyt lepszy. 10/3 opuchlina o połowę mniejsza. *Hydrothorax* ustąpił. *Ascites* znacznie mniejszy. W moczu białka, krwi, ropy i wałeczków mniéj. 17/3 w moczu, zawierającym małą ilość białka, krwi i wałeczków nie ma. Wrzód kilakowy na nodze goi się. 20/3 podniebienie miękkie obrzmiałe, w części jego prawéj tworzy się kilak. Białka w moczu więcéj. Polecono wstrzykiwania podskórne z 1$^{0}/_{0}$ mrówkoamidu rtęciowego co drugi dzień. 23/3 kilak w gardle otworzył się. Wrzód powierzchowny, nieprzebijający łuku podniebienia miękkiego. 24/3 chory dobrze znosi wstrzykiwania podskórne rtęci. W moczu ślad białka dobrze dostrzegalny. Wałeczków nie ma. Obok komórek przechodowych i ciałek ropy, tu i owdzie ciałka krwi. Wrzód kilakowy na nodze ładnie się goi. 25/3 Na ciemieniu powstał w samym środku czaszki guz wielkości jaja gołębiego, bardzo bolesny. 26/3 chory gorączkuje, ciepłota 38,2. W narządach wewnętrznych zmian żadnych. W moczu znów znaczniejsza ilość krwi, białka, ropy i wałeczki, chlorki w ilości prawidłowéj. Opuchlina zwiększyła się. Wstrzymano dalsze podawanie rtęci, polecono bańki na okolicę nerek. 27/3 *Status idem*, 29/3 *Status idem* tylko opuchlina większa. Guz na głowie zmalał, 31/3 dreszcz, ciepłota 39.5°C., chlorki zmniejszone w moczu, zresztą zmiany jak poprzednio. 1/4 ciepłota 40,3°, nudności i wymioty. Moczu krwawego, liczne wałeczki zawierającego, zebrano przez 24 godzin 200cm.sz. 2/4 ciepłota 39,8°C. na skórze głowy rozwija się róża. Moczu nie ma od 24 godzin. Kąpiele ciepłe 45°C. długotrwałe, *chininum tannicum* wewnętrznie. 3/4 ciepłota 39·2°. Róża szerzy się po twarzy i głowie.

Moczu 180cm.sz., zawiera znaczniejszą ilość białka, wałeczków i ropy dosyć, mniéj zaś krwi niż przedtém. 4/4 Róża szerzy się po karku. Moczu 350cm.sz. jaśniejszego, mniéj białka zawierającego. 5/4 ciepłota 37·8, róża zbladła. Moczu 500cm.sz., białka mniéj, krwi nie ma. Wałeczki i ropa dość liczne. 6/4 róża znów się posunęła ku łopatkom i piersiom, na głowie zaś zbladła. W moczu więcéj krwawym, wałeczków i białka dużo. Chlorki prawidłowe. Niektóre wałeczki złożone ze samych ciałek krwi. 7/4 moczu 180cm.sz. Częste wymioty. Ciepłota prawidłowa. 8/4 moczu 300cm.sz. jak wpierw. Wymioty mniejsze. Chlorków w moczu nie ma. W narządach wewnętrznych zmian żadnych. 9/4 ciepłota 36°, wymioty jeszcze się utrzymują. 10/4 ciepłota 36°. Róża zupełnie zbladła. Moczu 1350cm.sz. krwi i wałeczków nie ma, białka mała ilość. Wymioty jeszcze parę razy przez dzień. 12/4 mocz czysty, zawiera małą ilość białka, chlorki zmniejszone. Wymioty ustały. 15/4 moczu 1750 cm.sz. Białka ślad po odstaniu występujący. Chlorki zmniejszone. Opuchlina znacznie mniejsza. Przyskórek w miejscach różą zajętych łuszczy się. Chory czuje się znacznie lepiéj. 19/4 mocz jak wyżéj. Chory powrócił do sił, apetyt dobry. 21/4 moczu 1850cm.sz. Białka nieco więcéj. Chlorki prawidłowe. Opuchlina ustępuje. Wrzody kilakowe tak na podudziu jak i w gardle na zagojeniu. 26/4 W moczu czystym ślad białka dopiero po dłuższém odstaniu. Siły dobre. Opuchliny jeszcze ślady. *Ascites* zupełnie ustąpiła. 9/5 chory opuścił klinikę jeszcze trochę osłabiony. Wrzody kilakowe zagojone. Mocz prawidłowy. Porażenie powieki górnéj lewéj utrzymuje się bez zmiany. W kwietniu r. b. miałem sposobność widzieć chorego, służącego w jednym z tutejszych klasztorów. Cieszy on się zupełném zdrowiem. Wrzody kilakowe dotąd więcéj nie występowały, opuchlina nie powróciła, porażenie jednak powieki stale się utrzymuje.

W przypadku więc tym mamy do czynienia z wybitném zakażeniem kiłowém w okresie późnym, trzecim. Chory nabył kiły w wieku dziecięcym. Gdy do nas przybył, stwierdziliśmy jedyny pewny znak istniejącego zakażenia kiłowe-

go, t j. wrzód kilakowy na podudziu lewém. Blizny promieniste, porozrzucane po ciele, świadczyły, że chory wrzodów takich przebył więcéj, co zresztą sam potwierdza. Zupełnie potwierdziło rozpoznanie kiły trzeciorzędnéj wystąpienie kilaka na podniebieniu miękkiém w czasie pobytu chorego w klinice. Zachodzi teraz pytanie, w jakim związku pozostawały dwie inne zmiany chorobowe, zapalenie nerek i porażenie n. okoruchowego l. z zakażeniem kiłowém. Zapalenie nerek miało wystąpić na kilka miesięcy przed przybyciem chorego do kliniki. Wystąpiło więc w chwili najsilniejszych objawów kiły trzeciorzędnéj, to jest w czasie, gdy się potworzyły wrzody kilakowe, po których teraz blizny pozostały. Według wszelkiego więc prawdopodobieństwa, zachodzi pewien związek przyczynowy między kiłą a temi zmianami chorobowemi. Jakiego rodzaju jest ten stosunek przyczynowy i jakiém mianem określićby go wypadało, nie będę tutaj rozstrzygał. Porażenie powieki górnéj oka lewego trwać ma już od kilku lat. Trudno tutaj również powiedzieć, jakiéj ono jest natury — nie mając jednak innych widocznych przyczyn, któreby nam to zboczenie tłumaczyły, musimy również przypuszczać podstawę kiłową. Leczenie nasze przeciwkiłowe niewielkiém cieszyło się powodzeniem w zwalczaniu zapalenia nerek z jego następstwami. Jodek potasu, podawany przez pierwsze dni, wpłynął zdaje się niekorzystnie na zmianę chorbową w nerkach, bo wszystkie objawy jéj doznały pogorszenia, a w moczu wystąpiła znaczniejsza ilość krwi. Czy rtęć wywarła jaki wpływ leczniczy, trudno powiedzieć. Chory dostał tylko cztery zastrzyknięcia podskórne z mrówkoamidu rtęciowego 1%. Białka było w czasie tego leczenia mniéj, krew i wałeczki z moczu zniknęły, wrzody kilakowe tak na podudziu jak i w gardle zaczęły się goić. Czyż jednak można te widoczne objawy polepszenia kłaść na karb leczenia rtęcią, któréj podano tak małą ilość? Szkoda, że powikłanie nowe przeszkodziło dalszemu podawaniu rtęci. Z działania rtęci możnaby mieć pewną podstawę do osądzenia, czy zapalenie nerek było istotnie na tle kiłowém, czy téż było tylko przypadkowém po-

wikłaniem. Tymczasem w początkach kwietnia, poprzedzona wybitnym okresem zwiastunowym, rozwinęła się róża na głowie, mając punkt wyjścia z guza świeżo powstającego, prawdopodobnie także natury kiłowéj. Skutkiem tego powikłania zapalenie nerek znów ostro wystąpiło, i zdawało się, że rozpoczynająca się już mocznica położy kres życiu naszego chorego. Tymczasem w miarę, jak róża ustępowała i objawy pierwotnéj choroby wyraźnie zmniejszać się zaczęły, tak że chory w czasie ozdrowienia po róży, nieleczony zupełnie środkami przeciwkiłowemi, opuścił zakład, powróciwszy zupełnie do zdrowia. W przypadku więc tym róża wywarła wpływ zbawienny nietylko na kilaki w gardle i na podudziu, ale jak się zdaje, także i na sprawę zapalną w nerkach. Niektórzy autorowie, a szczególniéj Pick, twierdzą, że róża wywiera wybitny wpływ leczniczy na zmiany kiły późnéj, nawet występujące w narządach głębiéj położonych, ale tylko na obszarze przez siebie opanowanym. Obydwa przez nas powyżéj przytoczone przypadki bynajmniéj nie potwierdzają tego zapatrywania. I owszem, w pierwszym przypadku róża na twarzy wywarła widoczny wpływ leczniczy także na guz kilakowy pod kolanem. W drugim przypadku róża, szerząca się po skórze głowy, twarzy i karku, zarazem wyraźnie przyspieszyła zabliźnienie się wrzodu kilakowego na podudziu, a jak się zdaje, że nie mało się téż przyczyniła do tak szczęśliwego zejścia groźnéj zmiany chorobowéj w nerkach. Nie we wszystkich jednak przypadkach naszych róża, wikłająca przebieg kiły późnéj, wywarła na tę chorobę wpływ tak zbawienny. W jednym przypadku u kobiety B. R., lat 22 liczącéj, u któréj rozpoznano dnia 13 maja 1883 r.: *Syphilis tardiva et ,quidem gumma exulcerans palati mollis, defectus septi cartilaginei nasi totalis et partialis ossei, graviditas in VII. mense*, róża rozszerzyła się po skórze twarzy i głowy. 23 maja nastąpił poród przedwczesny płodu nieżywego, a w 5 dni późniéj chora, pośród objawów porażenia serca, życie zakończyła.

Podobnie jak róża, wpływały na przebieg kiły i inne choroby ostre zakaźne, połączone z wysoką gorączką,

i w czasie ich wystąpienia, objawy kiły (podobnie jak i niektórych chorób skórnych np. liszaja żrącego) malały, niekiedy nawet zupełnie ustępowały. Toż samo zauważyliśmy nietylko w chorobach zakaźnych, ale nawet, choć może w nie tak wybitnym stopniu, w każdéj sprawie chorobowéj, połączonéj z bardzo wysoką gorączką, dłuższy czas trwającą, a wikłającą przebieg kiły. Jednak między wszystkiemi temi sprawami chorobowemi a różą i ich wpływem na chorobę pierwotną, zachodziła jedna, ale nader ważna i wybitna różnica. Oto po ustąpieniu gorączki w przebiegu czy to duru, czy to płonicy, zimnicy lub innéj choroby, zmiany kiłowe znów z całą siłą występowały i wymagały energicznéj interwencyi lekarza. Tymczasem wpływ leczniczy róży widocznym był nawet jeszcze wtedy, gdy już gorączka zupełnie ustąpiła, a róża przestała się szerzyć. Dla tego téż chorzy nasi po przebyciu róży opuszczali zakład zdrowi, nie potrzebując na razie żadnego swoistego leczenia przeciw zmianom kiłowym. Jak długo wpływ ten, różą wywarty, trwał i powstrzymywał wystąpienie objawów nowych kiły późnéj, nie wiemy, tylko w przypadku drugim wiadomo nam jest, że chory od czasu opuszczenia kliniki czuje się zupełnie zdrowym.

Leczenie objawów kiły późnéj polegało na użyciu tak środków wewnętrznych jako i zewnętrznych. Wewnętrznie stosowano rtęć lub jod, często obok środków wzmacniających. Użycie jodu lub rtęci zawisłém było od poszczególnych wskazań. Długoletnie doświadczenie i liczne spostrzeżenia zebrane w klinice przekonały, że jod sam wskazanym jest przedewszystkiém w takich przypadkach, w których już to w czasie przebiegu kiły wtórorzędnéj, jużtéżto w czasie pierwszych objawów kiły późnéj przeprowadzono już energiczne leczenie rtęcią. Wtedy jod używany czas dłuższy, obok dyjety pożywnéj, wina, piwa a często żelaza z chininem działał znakomicie i niejednokrotnie usuwał znaczne zmiany kiłą trzeciorzędną wywołane. Przeciwnie zaś u osób, dotkniętych zmianami kiły późnéj, dotąd rtęcią nieleczonych, przeprowadzano zazwyczaj najprzód leczenie rtęcią, zwykle w postaci wcierań po 3grm. szaruchy dziennie stosowaną. Do-

piero ku końcowi leczenia podawano jod w postaci jodku potasu lub też jodoformu. W wielu ciężkich przypadkach stosowano z dobrym skutkiem równocześnie wcierania i jodek sodu lub potasu. W kilku przypadkach uporczywéj kiły, w których jod nie działał należycie, polecano z dobrym skutkiem jodek sodu i bromek sodu równocześnie, zapisując go: *Rp. Natrii jodati, Natrii bromati āā 6,00--8,00. Aq. destillatae 200,00 S.* 2—3 łyżek stołowych dziennie.

Leczenie zewnętrzne, którego nigdy nie zaniedbywaliśmy, polegało na użyciu jodu, rozpuszczonego w glicerynie i jodku potasu, proszku jodoformowego, maści jodoformowéj (10%), przylepca rtęciowego itp. Wszelkie nacieki i owrzodzenia na błonie śluzowéj gardła, ust lub nosa pędzelkowaliśmy rozczynem jodu w glicerynie i jodku potasu, w stosunku zależnym od wielkości zmian i ich umiejscowienia. Pędzelkowanie takie bardzo przyspieszało wessanie nacieków a zabliźnienie się owrzodzeń kilakowych. Guzy kilakowe w tkance skórnéj lub podskórnéj znajdujące się pędzelkowaliśmy nalewką jodową. Podobnie leczyliśmy zmiany w okostnéj i kościach, w miejscach takiemu leczeniu dostępnych. Owrzodzenia na skórze, powstałe skutkiem rozpadu guzów kilakowych zasypywaliśmy jodoformem, który działał zawsze znakomicie. Rana była czystą, ziarnina zdrową, a zabliźnienie szybko postępowało naprzód. Skoro wrzód wypełnił się już ziarniną, pokrywaliśmy go często plastrem rtęciowym, co bardzo przyspieszało wytworzenie się nieznacznéj blizny.

W przypadkach *ozaenae syphiliticae* polecaliśmy, obok pędzelkowania owrzodzeń błony śluzowéj jodgliceryną, przestrzykiwanie nosa 2 lub 3 razy na dzień słabym rozczynem nadmanganezianu potasowego lub też kwasu borowego.

W przypadkach kiły późnéj, w których leczenie wcieraniami lub jodkiem potasu nie dawało odpowiednich wyników, polecaliśmy czasem odwar Zittmanna. Leczenie to przy zachowaniu odpowiednich ostrożności, obok użycia środków wzmacniających i odpowiedniego leczenia zewnętrznego, dało nam w kilku przypadkach wyniki dosyć zadowalające.

W końcu nadmienić jeszcze muszę, że w kilku przypadkach mieliśmy do czynienia z kiłą późną u osób, które nigdy nie były rtęcią leczone. Niektórzy nawet przeczyli, aby kiedykolwiek kiłę pierwszo- lub wtórorzędną przebywali. Objawy jednak i przebieg choroby, pojawienie się kilaków w tkance skórnéj, podskórnéj, śluzowéj lub podśluzowéj gardła, nie pozostawiały najmniejszéj wątpliwości, że w przypadkach tych mamy do czynienia z kiłą późną. U takich chorych kiła trzeciorzędna zwykle występowała bardzo złośliwie. Pojawiała się nietylko w narządach zewnętrznych, ale także bardzo wcześnie szerzyła spustoszenia w narządach wewnętrznych. Charłactwo kiłowe szybko się rozwijało a leczenie często było bardzo trudném. Mimo wcierań szaruchy, podawania jodu, bromu, środków wzmacniających, mimo energicznego leczenia zewnętrznego i wewnętrznego, choroba nie zmniejszała się i coraz bardziéj podkopywała ustrój chorego. Przypadki tego rodzaju wcale u nas, szczególnie między ludem prostym, nierzadkie, świadczą wymownie, że zdanie dotąd jeszcze niejednokrotnie ze strony niektórych lekarzy wygłaszane, jakoby główną przyczyną kiły późnéj było leczenie rtęcią, nie ma żadnéj podstawy.

